Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 8. 21. Februar 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Hallucinationen.[1])

Von Prof. Dr. *Grashey.*

Meine Herren! Unter den Krankheitssymptomen, welche bei Geistesstörung beobachtet werden, nehmen einen hervorragenden Platz ein die Hallucinationen oder Sinnestäuschungen; sie sind bekanntlich eine Hauptquelle der Wahnideen und es wird nicht leicht einen Geisteskranken geben, welcher während seines Leidens von Hallucinationen verschont geblieben wäre; ein grosser Theil aller Geisteskranken muss gerade desshalb in einer Irrenanstalt seiner Freiheit entbehren, weil Hallucinationen sie zu störenden oder gefährlichen Elementen der menschlichen Gesellschaft machen.

Unter den Hallucinationen selbst spielen eine Hauptrolle die Gehörshallucinationen theils wegen der Häufigkeit ihres Vorkommens, theils wegen ihrer Prägnanz und der zahlreichen graduellen Unterschiede ihrer Intensität. Aus diesem Grunde möchte ich Ihnen heute gerade über diese Art der Hallucinationen Einiges sagen, Sie an Beobachtungen erinnern, welche Sie in Ihrer praktischen Thätigkeit gewiss schon oft gemacht haben, Einzelnheiten hinzufügen, welche bei genauerer Betrachtung zur Wahrnehmung kommen und endlich auch der Theorien gedenken, welche heut zu Tage über das Wesen der Hallucinationen und der verschiedenen Arten der Gehörstäuschungen cursiren.

Wenn Jemand allen Ernstes und in glaubwürdiger Weise behauptet, dass er geheimnissvolle Stimmen höre, welche andere Menschen seiner Umgebung nicht hören, dass er die Stimmen abwesender oder gar schon verstorbener Personen vernehme oder dass vom Himmel herab eine Stimme zu ihm gesprochen habe, dann schütteln wir weder ungläubig den Kopf, noch denken wir an Wunder und übernatürliche Kräfte, sondern stellen ruhig unsere Diagnose auf Gehörshallucinationen. Bekanntlich ist es nicht zu allen Zeiten so gewesen und wenn wir bedenken, dass es eine Zeit gab, zu welcher selbst der Gebildetste von Gehörshallucinationen Nichts wusste und die Behauptungen hallucinirender Kranker entweder als Lügen oder als Beweise übernatürlicher Vorgänge angesehen wurden, so müssen wir anerkennen, dass mit der Erkenntniss der Hallucinationen sowohl ein grosser Culturfortschritt, als auch die Beseitigung manch abergläubischen Wunderglaubens verbunden war.

Sobald man aber einmal das Vorkommen von Sinnestäuschungen erkannt hatte, wuchs nicht nur die Zahl unzweideutiger Beobachtungen in überwältigender Weise, sondern man erkannte auch, dass den psychisch gesunden Menschen von dem Hallucinanten nicht eine tiefe Kluft trenne, sondern dass auch der gesunde Mensch dann und wann hallucinire und dass continuirliche Uebergänge existiren zwischen normaler und krankhafter Sinnesthätigkeit.

Ich glaube nicht zuviel zu behaupten. wenn ich sage, dass wohl jeder von uns schon hallucinirt habe und zwar im Moment des Einschlafens, wenn der Helligkeitsgrad unseres Bewusstseins allmählich zu der Stufe herabsinkt, welche auch im Schlafe noch vorhanden zu sein pflegt. Wenn wir in diesem angenehmen Zustande des Einschlafens absichtlich und mit einiger Anstrengung auf das Kommen und Gehen unserer Gedanken achten, so können wir plötzlich die Stimme einer Person vernehmen, die wir vielleicht während des Tages wirklich gehört haben; oder wenn wir während des Einschlafens absichtlich den Faden unserer Gedanken in einer bestimmten Richtung weiterspinnen, so kann die Reihe dieser leisen Gedanken plötzlich in deutlich hörbare Worte übergehen.

Aber auch im wachen Zustande können wir leise Hallucinationen dann beobachten, wenn wir lange Zeit einen Sinn besonders beschäftigen und die anderen Sinne gewissermaassen sich selbst überlassen, wenn wir z. B. das Auge stundenlang mit der Durchmusterung von Serien wenig differenter mikroskopischer Schnitte beschäftigen und unseren nebenher sich fortspinnenden Gedanken keine Aufmerksamkeit schenken, so kann es vorkommen, dass wir plötzlich ziemlich laut einen solchen Gedanken zu hören glauben. Und umgekehrt, wenn wir lange Zeit gleichartige mikroskopische Bilder aufmerksam betrachtet haben und nach Beendigung der Arbeit zur Erholung in einem Garten Musik hören, während unser Auge gleichgiltig über die gleichmässig besandete Bodenfläche schweift, so kann es vorkommen, dass wir plötzlich mit überraschender Deutlichkeit eine Zeichnung der früher durchmusterten mikroskopischen Bilder im Sande erblicken.

In analoger Weise können wir in einem unserer Sinnesgebiete Hallucinationen dann beobachten, wenn wir dem betreffenden Sinne auf irgend eine Weise die gewohnten zahlreichen gleichgiltigen Reize, welche während des Tages auf ihn einwirken, vollständig oder nahezu vollständig entziehen; dann pflegen gerade in diesem vollständig zur Ruhe gezwungenen Sinnesgebiet leise Hallucinationen aufzutreten. So z. B. kann der Gesichtssinn halluciniren, wenn wir bei ausserordentlich grosser Dunkelheit, die uns kaum die vorgehaltene Hand zu sehen gestattet, auf einem wohlbekannten Wege weitermarschiren und der Gehörssinn kann halluciniren, wenn wir allein auf einer Bergeshöhe die bekannte merkwürdige Ruhe geniessen und von dem gewohnten Lärm des Tages Nichts mehr vernehmen.

Derartige Phantasmen pflegen aber sofort zu schwinden, sobald sich unsere Aufmerksamkeit auf dieselben richtet.

Solches kommt beim gesunden Menschen vor; aber auch die Kranken, welche intelligent und mittheilsam genug sind, bekunden uns, dass ihre Hallucinationen und besonders ihre Gehörshallucinationen bald mehr bald weniger von den normalen Wahrnehmungen sich unterscheiden und mannigfaltige Abstufungen zeigen.

Manche Kranke geben an, dass sie zuweilen ihre eigenen Gedanken deutlicher vernehmen, als dies gewöhnlich der Fall sei, dass einzelne ihrer Gedanken durch stärkere Intensität

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung des Münchener ärztlichen Vereins am 8. Februar 1893.

über die anderen hervorragen, dass die Klangbilder, welche sie denken, Worte seien mit allen Eigenthümlichkeiten selbst gesprochener Worte, blasse Bilder selbst gesprochener Worte, dass aber manche der gedachten Worte so lauten, als seien sie von einem Anderen gesprochen, mit der Stimme eines Bekannten, in anderem Dialekt.

Ausdrücklich aber betonen die betreffenden Kranken, dass es sich hiebei immer um ihre eigenen Gedanken handle und dass sie nicht im Geringsten den Eindruck haben, als könnten etwa diese ihre Gedanken anderen in der Nähe befindlichen Personen hörbar sein.

Andere Kranke sagen, dass manche der gedachten Worte so laut seien, dass sie den Eindruck haben, andere Personen könnten vielleicht diese lauten Gedanken hören. Wieder andere Kranke sind fest überzeugt, dass ihre so sehr lauten Gedanken von anderen Menschen gehört werden müssen. Einer meiner Patienten in Werneck war überzeugt, dass die Bewohner des Dorfes seine Gedanken hören müssen, wenn er durch's Dorf gehe; er scheute sich manchmal auszugehen, weil er die Leute mit seinen nicht immer schönen Gedanken nicht belästigen wolle, oder er bat um Entschuldigung, weil er bei einem Spaziergange manches Hässliche gedacht und dadurch jedenfalls die Leute belästigt habe.

Ein anderer junger Mann war ebenfalls von dem Lautwerden seiner Gedanken belästigt und sprach die Vermuthung aus, dass möglicherweise die Zimmer der Anstalt so akustisch gebaut wären, dass nicht blos gesprochene Worte verstärkt würden sondern auch gedachte Worte.

Um hierüber in's Klare zu kommen, ging er gerne in's Freie, um der Wirkung dieser besonderen Akustik zu entgehen. Als er aber auch da seine Gedanken laut hörte, war er der Meinung, in der Nähe befindliche Leute könnten seine Gedanken gehört und laut mitgesprochen haben. Einmal aber war er auf freiem Felde, kein Baum, kein Haus, keine Person war in seiner Nähe, nur in grosser Entfernung pflügte ein Bauer seinen Acker. Auch hier hörte er seine Gedanken laut und zwar so laut, dass sie unmöglich von dem weit entfernten Bauern mitgesprochen sein konnten; nun war er überzeugt, dass er hallucinire.

Ein paralytischer Officier klagte darüber, dass seine Gedanken von Leuten, welche sich unten im Hofe befänden, mitgesprochen oder nachgesprochen werden.

Auch die beim Lesen angeregten Gedanken werden von manchen Kranken so laut und im Tone fremder Stimmen gehört, dass sie behaupten, es lese Einer laut mit, sobald sie lesen.

Manche Kranke hören beim Schreiben das, was sie schreiben wollen, von fremder Stimme aussprechen und klagen darüber, dass eine fremde Stimme mitspreche oder ihnen vorsage, was sie schreiben wollen.

Gemeinsam ist allen diesen Patienten die Ueberzeugung, dass es sich bei diesen Vorgängen um ihre eigenen Gedanken handle.

Von diesen Kranken verschieden sind solche, welche nicht ihre eigenen Gedanken hören, sondern von fremder Seite kommende Gedanken oder Worte vernehmen. Auch hier giebt es zahlreiche graduelle Unterschiede. Manche Kranke sagen, dass ihnen Gedanken eingegeben werden und schreiben diese eingegebenen Gedanken der Gottheit zu oder dem Himmel oder dem Teufel. Andere behaupten, dass sie von fremder Seite kommende Worte vernehmen bald undeutlich, bald deutlich, mit leiser flüsternder Stimme oder mit starker sonorer Stimme, hohe Engelstimmen, Kinderstimmen, Frauenstimmen, Männerstimmen, die Stimmen bekannter Personen, die bekannten Stimmen bereits Verstorbener.

Dass es sich bei allen diesen Wahrnehmungen um hallucinatorische Vorgänge im Gehörssinn handelt, unterliegt keinem Zweifel und wird von allen Autoren anerkannt. Aber mit dieser einfachen Erklärung ist nicht Jedem gedient; Mancher sucht tiefer zu blicken und legt sich zunächst die Frage vor, wie man sich die Verschiedenheit zu erklären habe, welche bei diesen Gehörstäuschungen zu Tage tritt, dann aber auch die Frage, welche Aufschlüsse eben diese Verschiedenheit der Gehörshallucinationen über das Wesen derselben gebe.

Mit der Beantwortung dieser Fragen haben sich nun in der That mehrere der neueren Autoren eingehend beschäftigt und wer die Art kennt, mit welcher eine übertriebene Hirn-Localisationstheorie complicirte psychische Vorgänge zu erklären versuchte, wird sich nicht wundern, dass auch bei dieser Gelegenheit die verschiedenartigsten Centren des Gehirns erfunden und in Action versetzt wurden.

Kandinsky[2]) z. B. geht beim Versuche, die verschiedenen hallucinatorischen Vorgänge anschaulich darzustellen, von fünf verschiedenen Hirn-Centren aus, auf deren gegenseitige Thätigkeit der Mechanismus dieser Vorgänge zurückzuführen sei. Diese Centren sind nach seiner Annahme 1) das subcorticale Sinnescentrum oder das Centrum der Perception, 2) das sensorische Centrum der Grosshirnrinde oder das Centrum der Apperception, 3) das Centrum des abstracten (unbewussten resp. halbbewussten) Vorstellens, 4) das motorische corticale Sprachcentrum und 5) das Centrum des klarbewussten Denkens und zugleich das Organ der Präapperception.

Ich für meine Person halte das Manipuliren mit solchen keineswegs erwiesenen Centren des Gehirns für bedenklich und die auf solche Weise geschaffenen Erklärungen mehr für Umschreibungen als für wirkliche Erklärungen, da bei diesem Verfahren von vorneherein Qualitäten und Merkmale psychischer Vorgänge ignorirt werden, welche nicht ignorirt werden dürfen. Gleichwohl will ich Ihnen die hauptsächlichsten Resultate, zu welchen Kandinsky auf dem angegebenen Wege gelangte, nicht vorenthalten:

Bei der objectiven Sinneswahrnehmung wird nach seiner Auffassung der äussere Eindruck, welcher auf das periphere Sinnesorgan gewirkt hat, im subcorticalen Sinnescentrum percipirt, im corticalen Sinnescentrum oder im Centrum der Apperception appercipirt und schliesslich im Centrum des klarbewussten Denkens oder im Organ der Präapperception präappercipirt und zwar mit dem Charakter der Objectivität.

Den Charakter der Objectivität erhält eine solche Sinneswahrnehmung nach seiner Meinung dadurch, dass das subcorticale Sinnescentrum bei dem Vorgange thätig ist.

Wird nun aber in einem anderen Falle das subcorticale Sinnescentrum nicht vom peripheren Sinnesorgan aus erregt, sondern geht die Erregung vom subcorticalen Sinnescentrum selbst aus, weil seine Erregbarkeit krankhaft gesteigert ist, und ist auch die Erregbarkeit des corticalen Sinnescentrums krankhaft gesteigert, so entsteht in letzterem ein Sinnesbild, welches im Centrum des klarbewussten Denkens präappercipirt wird und zwar ebenfalls mit dem Charakter der Objectivität, weil, wie im ersten Falle, das subcorticale Centrum bei dem Vorgange thätig ist. Es kommt also auch bei dieser Wahrnehmung zu einer objectiven Wahrnehmung, obwohl kein äusseres Object vorhanden ist. Eine solche Wahrnehmung mit dem Charakter der Objectivität ohne äusseres Object ist nach Kandinsky eine einfache oder primäre Hallucination.

Ist jedoch bei einem Wahrnehmungsvorgang das subcorticale Sinnesorgan nicht betheiligt, so kommt es nach ihm im wachen Zustande niemals zu einer Wahrnehmung mit dem Charakter der Objectivität also weder zu einer objectiven Sinneswahrnehmung noch zu einer echten Hallucination.

Die Wahrnehmungen, welche im wachen Zustande ohne Betheiligung des subcorticalen Centrums nach ihm noch zu Stande kommen, sind die sinnliche Erinnerung und die eigentliche Pseudohallucination. Bei der sinnlichen Erinnerung sind die betheiligten Centren im Zustande normaler Erregbarkeit, die Erregung geht vom Centrum des abstracten Vorstellens aus, ruft im corticalen Sinnescentrum ein subjectives Sinnesbild hervor, welches im Centrum des klarbewussten Denkens präappercipirt wird.

Bei der eigentlichen Pseudohallucination ist nach Kandinsky entweder das corticale Sinnescentrum allein in krank-

---

[2]) Kandinsky, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Berlin, 1885.

haft gesteigerter Erregbarkeit oder es ist ausser ihm auch noch das Centrum des abstracten Vorstellens krankhaft erregbar. Die Erregung geht im ersteren Falle vom corticalen Sinnescentrum aus, es entsteht ein lebhaftes Sinnesbild, welches im Centrum des klarbewussten Denkens präappercipirt wird, aber ohne den Charakter der Objectivität oder der Leibhaftigkeit.

Im zweiten Falle geht die Erregung vom krankhaft erregbaren Centrum des abstracten Vorstellens aus und ruft im krankhaft erregbaren corticalen Sinnescentrum ein lebhaftes Sinnesbild hervor, welches im Centrum des klarbewussten Denkens präappercipirt wird und zwar ebenfalls ohne den Charakter der Objectivität.

Betrachtet man diese Darstellung näher, so sieht man bald, dass von den oben erwähnten Umschreibungen reichlich Gebrauch gemacht ist: Zu erklären war die Thatsache, dass es ausser den objectiven Sinneswahrnehmungen, bei welchen ein äusseres Object auf das periphere Sinnesorgan wirkt, auch Wahrnehmungen giebt, welche ohne das Vorhandensein eines äusseren Objectes denselben Charakter der Objectivität und der Leibhaftigkeit besitzen, wie erstere. Nun wird einfach behauptet, dass die subcorticalen Centren durch ihre Mitwirkung einer Wahrnehmung den Charakter der Objectivität geben und dass alle Wahrnehmungen mit dem Charakter der Objectivität sich der Mitwirkung der subcorticalen Centren erfreuen.

Fragt man weiter, warum die normalen Erinnerungsbilder des Charakters der Objectivität entbehren, so lautet die Antwort einfach dahin, dass die subcorticalen Centren bei ihrem Zustandekommen nicht mitwirken. Würde aber Jemand die Beobachtung machen, dass gewisse Erinnerungsbilder den Charakter der Objectivität besassen, so wäre das Räthsel sofort gelöst durch die Behauptung, dass in diesem Fall die subcorticalen Centren mitgewirkt hätten. Man sieht, die subcorticalen Centren spielen vollständig die Rolle eines deus ex machina, welcher prompt da erscheint, wo man ihn nöthig hat.

Bei der Frage, wie man sich denn eigentlich diese Mitwirkung der subcorticalen Centren vorzustellen habe, ergeben sich neue Schwierigkeiten.

Die subcorticalen Centren werden bei der normalen objectiven Sinneswahrnehmung vom peripheren Sinnesorgan aus erregt und leiten in centripetaler Richtung den Erregungsvorgang zur Hirnrinde.

Wer nun an der nicht zu bezweifelnden centripetalen Leitung zwischen subcorticalen Centren und Hirnrinde festhält und eine centrifugale Leitung von der Hirnrinde zu den subcorticalen Centren als unerwiesen nicht zulässt, der muss mit Meynert eine hallucinatorische mit dem Charakter der Objectivität ausgestattete Wahrnehmung von den subcorticalen Centren ausgehen lassen, dann aber auch annehmen, dass in den relativ kleinen subcorticalen Centren die Tausende von Sinneseindrücken niedergelegt seien, über welche der erwachsene Mensch verfügt.

Wer aber die subcorticalen Centren hiezu nicht fähig hält und mit Rücksicht auf die durch Munk und seit Munk mehr und mehr erwiesene Aufbewahrung der Sinneseindrücke in der Hirnrinde Gewicht legt, muss entweder eine centrifugale Leitung zwischen Hirnrinde und subcorticalen Centren zulassen oder auf die Mitwirkung der subcorticalen Centren beim Zustandekommen einer hallucinatorischen mit dem Charakter der Objectivität ausgestatteten Wahrnehmung verzichten.

Um Letzteres nicht thun zu müssen, haben sich in der That verschiedene Autoren, wie Hagen, Griesinger, Krafft-Ebing, Schüle, herbeigelassen, eine centrifugale Leitung zwischen Hirnrinde und den subcorticalen Centren der Sinnesorgane mit in den Kauf zu nehmen.

Das sind die Folgen einer zu freigebigen Ausstattung irgendwelcher Centren mit besonderen Leistungen.

Noch einer anderen Theorie muss ich gedenken, nämlich der von Cramer[3]) gegebenen über das von manchen Geisteskranken behauptete Lautwerden ihrer Gedanken.

Dieser Autor glaubt, „das Gedankenlautwerden komme hauptsächlich dadurch zu Stande, dass die bei den meisten Menschen während des Denkens nach dem Sprachapparate abfliessenden leichten motorischen Impulse durch eine Hallucination im Muskelsinn dem Kranken derart verstärkt vorgeführt werden, als ob wirklich articulirt worden wäre, dass also nicht in Betracht kommt, ob sich die Lippen wirklich bewegten und überhaupt der Sprachapparat in derjenigen Thätigkeit war, welche auch nur zum leisesten Sprechen nöthig ist".

Gegen diese Theorie und gegen die ähnlichen Theorien von Hoppe und von Séglas habe ich einzuwenden, dass die Kranken das Gefühl haben müssten, als hätten sie selbst ihre Gedanken ausgesprochen, und die Ueberzeugung, dass durch dieses Aussprechen ihrer Gedanken dieselben laut werden oder laut geworden seien. Dieses Gefühl und diese Ueberzeugung fehlt aber bei den allermeisten der in Frage kommenden Patienten. Die Kranken vernehmen vielmehr ihre Gedanken so intensiv, so deutlich, dass sie den Eindruck haben, auch Andere müssten sie hören oder sie hören ihre eigenen Gedanken thatsächlich ausgesprochen oder mitgesprochen von einer fremden Stimme.

Mir scheint daher auch diese Theorie, welche in anzuerkennender Weise auf die Mithülfe verschiedener Hirncentren verzichtet, zur Erklärung der klinischen Beobachtungen nicht auszureichen.

(Schluss folgt.)

[3]) Cramer August, Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken. Freiburg i. B., 1889.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Erlangen.

Ueber die Entstehung des fibrinösen Infiltrates bei der croupösen Pneumonie.

Von Privatdocent Dr. *G. Hauser.*

Schon vor beiläufig 25 Jahren hatte Wagner[1]) die Ansicht ausgesprochen, dass nicht allein sämmtliche croupöse Pseudomembranen, sondern auch das fibrinöse Infiltrat der croupösen Pneumonie ausschliesslich durch eine Degeneration des Epithels entständen; ebenso lässt sein Schüler Bayer[2]) das fibrinöse Infiltrat bei der croupösen Pneumonie aus einer Umwandlung des Alveolarepithels in fädiges Fibrin hervorgehen. Diese Auffassung von der Entstehung des fibrinösen Infiltrates bei der Lungenentzündung schien durch die Untersuchungen Veraguth's[3]) eine Bestätigung zu finden, indem derselbe bei experimentell erzeugter fibrinöser Pneumonie beim Kaninchen die Entstehung von fädigen Fibrinnetzen namentlich aus den kernlosen hyalinen Platten des Alveolarepithels beobachten konnte. Allein diese Beobachtungen Veraguth's wurden durch Feuerstack in seiner preisgekrönten Schrift „Ueber das Verhalten des Epithels der Lungenalveolen bei der fibrinösen Pneumonie" (Göttingen 1882) als irrig zurückgewiesen; Feuerstack, dessen Untersuchungen sich sowohl auf experimentell erzeugte Lungenentzündungen am Thiere als auch auf die Pneumonie des Menschen erstrecken, bestreitet auf das Entschiedenste eine derartige fibrinöse Entartung der hyalinen Platten, wie er überhaupt jegliche Betheiligung des Alveolarepithels an der Bildung des fibrinösen Infiltrates in Abrede stellt.

Mit diesen Untersuchungsresultaten Feuerstack's steht auch die gegenwärtig herrschende Auffassung[4]) über das Zustandekommen des fibrinösen Infiltrates bei der croupösen Pneumonie in Einklang, indem allgemein angenommen wird, dass das die Alveolen erfüllende Fibrinnetz lediglich durch Gerinnung des ausgetretenen entzündlichen Plasmas entstehe, wobei eine Anheftung der Fibrinfäden an der Alveolarwand stattfinde; die in dem Alveolus befindlichen abgestossenen Alveolarepithelien und anderen zelligen Elemente sollen in die Maschenräume dieses Fibrinnetzes einfach eingeschlossen wer-

[1]) E. Wagner, Archiv der Heilkunde. VII u. VIII.
[2]) Archiv f. phys. Heilkunde, IX. 1867.
[3]) Virchow's Archiv, 1880. Bd. 82, S. 257.
[4]) Vergl. die Lehrbücher der patholog. Anatomie von Birch-Hirschfeld, Ziegler, Rindfleisch, Schmaus u. s. w.

den, ohne dass hiebei besondere Beziehungen zwischen diesen Zellen und der localen Fibrinausscheidung zu erkennen wären.

Da nun durch meine Untersuchungen über pathologische Fibringerinnung (Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 50, 1892) erwiesen ist, dass das Abhängigkeitsverhältniss der Fibrinausscheidung von zelligen Elementen im Sinne der Al. Schmidt'schen Theorie sich auch histologisch sehr wohl nachweisen lässt, so musste es eine sehr auffällige Erscheinung sein, dass gerade bei der fibrinösen Lungenentzündung diese Beziehungen der Zellen zur localen Fibringerinnung nicht zum Ausdrucke gelangen sollten.

Ich unterzog daher die Frage über die Entstehung des fibrinösen Infiltrates bei der croupösen Pneumonie einer erneuten Prüfung, um zu ermitteln, ob nicht doch auch hier die Fibringerinnung jenes Abhängigkeitsverhältniss von zelligen Elementen erkennen lasse.

Bei diesen Untersuchungen fand ich im Gegensatz zu den Resultaten Feuerstack's, dass die Bildung des alveolären fibrinösen Infiltrates thatsächlich durch eine fibrinöse Entartung des Alveolarepithels, insbesondere der grossen theils kernhaltigen, theils kernlosen hyalinen Platten eingeleitet wird. Im ersten Anfangsstadium des Processes erscheinen in Folge dessen die Alveolen wie mit einer fibrinösen Pseudomembran ausgekleidet, welche am gehärteten Präparat gewöhnlich von der Alveolenwand mehr oder weniger abgehoben ist und den Eindruck eines zarten, oft vielfach gefalteten, aus netzförmig angeordneten Fibrinfädchen bestehenden Häutchens macht. Dass es sich hiebei thatsächlich um eine Entartung des Alveolarepithels, insbesondere der hyalinen Platten handelt, lässt sich im ersten Anfangsstadium mit Sicherheit nachweisen, indem jene Platten ein ganz bestimmtes Lichtbrechungsvermögen besitzen, auch durch Vorfärbung mit Eosin einen zart röthlichen Farbenton annehmen. Nicht selten sieht man in ihnen auch die so charakteristischen kleinen rudimentären Kerne, von welchen ganz gewöhnlich in der Form äusserst zierlicher Sternfiguren die zarten Fibrinfäden oder Fibrinkörnerreihen in die Peripherie der Platte ausstrahlen. Der übrige Hohlraum des Alveolus ist in diesem Anfangsstadium noch leer, oder er enthält Serum, in welchem spärliche Zellen suspendirt sind. Erst im weiteren Verlauf der Exsudation bildet sich dann ein den ganzen Alveolus durchsetzendes Fibrinnetz, dessen Fäden mit der aus den entarteten Platten entstandenen, die Alveolenwand auskleidenden Pseudomembran in Verbindung treten. Hiebei werden abgestossene kernhaltige Epithelien und ausgewanderte Leukocyten in die Maschenräume dieses Fibrinnetzes eingeschlossen, seltener bilden diese Zellen selbst wieder kleine isolirte Gerinnungscentren.

Dass jene an die Alveolenwand herantretenden Fibrinfäden des den Alveolus erfüllenden Fibrinnetzes nicht, wie allgemein angenommen wird, an die Alveolenwand einfach angeheftet sind, geht schon daraus hervor, dass diese Fibrinfäden, wie Kohn[5]) kürzlich gezeigt hat, an den scheinbaren Anheftungspunkten die Alveolenwand durchsetzen und mit dem Fibrinnetz des angrenzenden Alveolus in Verbindung treten. Genauere Untersuchungen dieses merkwürdigen Verhältnisses haben nun ergeben, dass an allen diesen Stellen hyaline Platten sich in die Maschenräume des die Alveolenwand umspinnenden Capillarnetzes einsenken und mit den gegenüberliegenden, in der gleichen Weise sich einsenkenden hyalinen Platten des angrenzenden Alveolus verschmelzen. Durch die fibrinöse Entartung dieser in die weiteren Maschenräume des Capillarnetzes sich einsenkenden Platten werden jene Verbindungsfäden zwischen den Fibrinnetzen benachbarter Alveolen gebildet.

Im weiteren Verlaufe können die entarteten, von einem zarten fibrinösen Netzwerke durchsetzten hyalinen Platten gänzlich zu Grunde gehen, so dass nur die aus ihnen hervorgegangene fibrinöse Pseudomembran zurückbleibt; diese kann dann schliesslich mit dem den Alveolus erfüllenden Fibrinnetze in so innige Verbindung treten, dass sich die Entwicklung des ganzen Vorganges in vorgeschritteneren Stadien der entzündlichen Infiltration nicht mehr erkennen lässt. Doch lässt sich auch an mit einem sehr dichten Fibrinnetze erfüllten Alveolen sehr häufig noch die aus den entarteten hyalinen Platten entstandene, die Alveolenwand auskleidende fibrinöse Pseudomembran von dem übrigen Fibrinnetze unterscheiden, indem dieselbe auch dann noch den Eindruck eines gefalteten Häutchens macht und auch gewisse Verschiedenheiten in der Structur des fibrinösen Netzwerkes erkennen lässt.

Namentlich an der Grenze des fibrinösen Infiltrates findet sich bei der croupösen Pneumonie nicht selten auch eine Ausscheidung von körnigem Fibrin, welches theils der Alveolenwand, theils den im Alveolus suspendirten Zellen anhaftet, oder zu unregelmässig geformten Häufchen sich zusammenballt; mitunter findet man auch Stellen, wo dieses körnige Fibrin sich zu dicken Fäden aneinanderreiht, welche schliesslich ein den Alveolus durchsetzendes, meist weitmaschiges, aus ziemlich dicken körnigen Fibrinfäden bestehendes Netzwerk bilden können. Dieses körnige Fibrin scheint zum Theil durch Zerfall der abgestossenen kernhaltigen granulirten Lungenepithelien zu entstehen, zum Theil aber auch durch körnige Gerinnung des ausgetretenen Plasmas.

Bei experimentell, durch Injection Fränkel'scher Pneumoniecoccen erzeugter Pneumonie des Kaninchens liess sich besonders schön die Ausscheidung des körnigen Fibrins und dessen Umwandlung zu fädigem Fibrin verfolgen.

Es ist somit die croupöse Pneumonie des Menschen als eine typische croupöse Entzündung aufzufassen, welche den croupösen Entzündungen der Schleimhäute unmittelbar an die Seite zu stellen ist; wie bei letzteren neben der exsudativen Fibrinbildung auch das Schleimhautepithel einer fibrinösen Umwandlung unterliegt, so wird auch bei der croupösen Pneumonie zunächst das Alveolarepithel in eine fibrinöse, den Alveolus auskleidende Pseudomembran umgewandelt, worauf sich dann die Gerinnung des entzündlichen Exsudates, bezw. Infiltrates anschliesst.

Hiemit ist aber auch zugleich die Annahme gerechtfertigt, dass auch bei der fibrinösen Lungenentzündung die Fibringerinnung im Sinne der Al. Schmidt'schen Theorie durch eine Wechselwirkung von Zellprotoplasma und dem entzündlichen plasmatischen Exsudate bedingt ist.

Eine ausführliche Schilderung der hier kurz zusammengefassten Untersuchungsresultate nebst einer Erläuterung durch Abbildungen soll in nächster Zeit an anderer Stelle erfolgen.

[5]) Diese Wochenschrift, No. 8, 1893.

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik zu München.

Ueber die Lagerung der Dermoidkystome zum Uterus.

Von Dr. *Cohn*, Volontärassistent.

Die Dermoidkystome kommen entweder isolirt oder gleichzeitig, resp. in Verbindung mit multiloculären, glandulären Kystomen vor. Gewöhnlich finden sie sich einseitig, sehr selten doppelseitig; sie sind wallnuss- bis apfelgross. Entweder machen sie den von Freund in seiner Arbeit „Der gewöhnliche und ungewöhnliche Wanderungsmechanismus wachsender Eierstockgeschwülste" geschilderten Wanderungstypus wachsender Ovarialtumoren durch, oder sie werden durch frühzeitige Adhäsionen, intraligamentäre Entwickelung, maligne Degeneration, gleichzeitig bestehende Gravidität, grosse Uterustumoren, mehrfache Tumoren und abnorme Straffheit der Bauchdecken an demselben gehindert.

Der reguläre Mechanismus ist kurz folgender:

Wie der schwangere Uterus in den ersten Monaten der Gravidität, senkt sich ein wachsender Ovarialtumor in der ersten Zeit, dem Gesetz der Schwere folgend, nach dem Locus minoris resistentiae i. e. nach dem Douglas. Dabei lieg er hinter und seitlich vom Uterus, denselben, wie ein parametranes Exsudat, meistens nach der entgegengesetzten Seite verdrängend. Der Uterus selbst liegt in diesem Stadium stets vor dem Tumor,

nicht besonders elevirt, oder der vorderen Bauchwand genähert. Hat der Tumor eine solche Grösse erreicht, dass er im Becken keinen Platz mehr findet, so muss er, da er seitlich und unten aufgehalten ist, durch die obere Apertur den Beckenraum verlassen. Seine obere Partie sinkt vorn über und so fällt der ganze Tumor, indem er seine untere Partie aus dem Becken herauszieht, an die vordere Bauchwand und wölbt diese hervor. Dabei muss er, nach Fritsch, durch die vorhandenen Widerstände gezwungen, eine Drehung um einen Quadranten machen. Durch den schweren, nach vornüber fallenden Tumor wird der Uterus nach hinten in die Kreuzbeinaushöhlung verdrängt. Er kann dann anteflectirt bleiben, ist aber meist retrovertirt-flectirt. Zugleich mit dem Uterus gelangen die Stielgebilde nach hinten. Sind die Bedingungen für diesen normalen Wanderungsmechanismus: völlige Beweglichkeit der Tumoren und des Uterus, genügender Raum in der Bauchhöhle und Nachgiebigkeit der vorderen Bauchwand nicht erfüllt, so kann der Tumor nicht mehr wandern, sondern nur wachsen und er muss, selbst bei grosser Dimension, hinter dem Uterus liegen, denselben gewöhnlich elevirend. Hinzufügen muss ich noch, dass auch frühzeitig entstandene Adhäsionen durch den stetigen Zug wachsender Tumoren gelöst werden können, so dass diese in die Bauchhöhle steigen und unter einer Achsendrehung vor den Uterus an die vordere Bauchwand gelangen. Für die Mehrzahl der Dermoide ist, nach Gottschalk, ausschliesslich das Lig. ovar. der Stiel. Es verläuft zunächst transversal zur Uteruskante. Beim Wachsen des Tumors geht die transversale Richtung allmählich in die sagittale über. Ist die Geschwulst dem Beckenraum entwachsen und fällt vornüber, so wird das Lig. ovar. mitgezerrt und verläuft schliesslich parallel oder unter ganz spitzem Winkel zur zugehörigen Uteruskante. Dabei erfährt das Lig. ovar. stets eine Spiraldrehung und zwar sind, wie das Küstner nachgewiesen hat, die Stiele der linksseitigen Tumoren gewöhnlich zu einer rechtsgewundenen Spirale, die der rechtsseitigen zu einer linksgewundenen gedreht. Die zugehörige Uteruskante wird etwas nach vorn gedreht, während der Uterus von der schweren Geschwulst nach hinten verdrängt wird. Lig. ovar. und Tube verlaufen fast rechtwinkelig zu einander. Tube und Lig. lat. umspannen von vorn die Geschwulstbasis und verhindern so, weil an der Stielbildung unbetheiligt, die seitliche Verschiebbarkeit der Geschwulst. So erklärt Gottschalk „das Küstner'sche Phänomen", das Ahlfeld in seiner Publication „Ueber die Lagerung der Dermoidkystome zum Uterus" erwähnt, nämlich, dass ein Tumor, der nach der Seite wenig verschieblich, sofort wieder in seine ursprüngliche Lage vor den Uterus zurückkehrt, ein Dermoidkystom sei. Er erkennt es aber nur für grössere Tumoren als charakteristisch an. Dies ist die Ausbeute der einschlägigen Literatur. Zum Vergleiche theile ich hier noch 8 Fälle aus der Münchener kgl. Universitäts-Frauenklinik mit. Unter diesen 8 Fällen war das Dermoidkystom dreimal in Verbindung mit multiloculären, glandulären Kystomen, fünfmal isolirt vorgekommen. Zunächst will ich über die 3 Fälle in Verbindung mit multiloculären, glandulären Kystomen berichten.

1) Frl. M., 18 Jahre alt, 0 p., mittelgross, etwas anämisch. Das Abdomen zeigt nirgends eine stärkere Hervorwölbung. Die Mittellinie ist bis zum Nabel hin schwach pigmentirt, der Nabel eingezogen. Die Bauchdecken sind ziemlich straff, das Fettpolster mässig entwickelt. Bei tiefem Eindrücken fühlt man, ohne Schmerzen zu verursachen, in der Tiefe des Beckens einen Tumor. Die Vulva ist geschlossen, der Introitus vaginae mässig weit, ebenso die Scheide. Die hintere Vaginalwand durch den nach hinten gelegenen Tumor zum Theil invertirt. Der Uterus steht im Beckeneingang mit seinem Fundus nach rechts, um seine Längsaxe gedreht. Die Vaginalportion 2 cm lang, direct hinter der Symphyse, sieht nach hinten. Hinter dem Uterus liegt ein praller Tumor, der das kleine Becken völlig ausfüllt, in den Douglas tief hineinragt und gut kindskopfgross ist. Theilweise ist Fluctuation an ihm nachzuweisen. Das rechte Ovarium, von aussen palpabel, liegt auf der Linea terminalis über dem kleinen Becken. Per Koeliotomiam wird ein kindskopfgrosses, multiloculäres, glanduläres Kystom des linken Ovariums entfernt; an dessen Innenfläche sich ein hühnereigrosses Dermoid befindet. Es handelte sich hier also um einen Ovarientumor im 1. Wachsthumsstadium.

2) Fr. P., 43 Jahre alt, XI p., klein, von gracilem Körperbau, etwas abgemagert. Das Abdomen ist sehr stark gleichmässig ausgedehnt, auf demselben zahlreiche Striae und Kratzeffecte. In der Herzgrube sieht man eine kleine Vertiefung, in welcher der stark umgebogene Processus ensiformis als spitze Prominenz hervortritt. Der Nabel ist in Wallnussgrösse hervorgewölbt. Ueber das ganze Abdomen verlaufen ausgedehnte Venennetze, die Mittellinie ist bis zum Nabel pigmentirt. Die Bauchdecken sind sehr gespannt, die Bauchhaut lässt sich nur schwer in Falten abheben. Allenthalben lässt sich eine prall elastische Resistenz fühlen, die nach oben zu überall glatt, nach unten und links einige derbere Höcker durchfühlen lässt. Ueberall ist deutlich Fluctuation nachweisbar. Die Percussion ergiebt von der Symphyse bis zur Herzgrube Schenkelton, nur an der Herzgrube und den abhängigsten Stellen des Abdomens tympanitischer Schall. Keine Gefässgeräusche. Die Mensuration ergab Leibesumfang 110 cm, Nabelhöhe 24 cm, Proc. ensiform. 53 cm. Die Vulva ist wenig geöffnet, die Lab. minora überragen in ihrer ganzen Ausdehnung die Majora. Die Vagina ist ziemlich eng und lang, ihre Schleimhaut weich und schlüpfrig. Durch das vordere Vaginalgewölbe lässt sich ein etwa apfelgrosses, prall elastisches Segment des über dem Becken stehenden Tumors fühlen. Die Portio steht in der Spinallinie, die Muttermundslippen sind dick und anämisch. Der Muttermund ist ein wenig geöffnet. Die Untersuchung in Narkose per rectum ergiebt: Der Uterus ist nach hinten und rechts gelagert, der Fundus ist nicht zu erreichen. Das rechte Lig. lat. ist als 4—5 cm breiter Strang zu fühlen. Der Tumor geht vom linken Ovarium aus und hängt mit dem Uterus durch einen ziemlich gespannten, 3—4 cm breiten Stiel zusammen. Bei der Operation zeigte sich aber, dass der Tumor vom rechten Ovarium ausgeht, indem der Uterus um seine Axe gedreht war. Rechts und namentlich links oben breite Adhäsionen. Der Tumor war also ein multiloculäres, glanduläres Kystom des rechten Ovariums mit einem apfelgrossen Dermoidkystom. Er befand sich im 2. Wachsthumsstadium.

3) Fr. E., 32 Jahre alt., I p. Der Leib ist ungleichmässig aufgetrieben. Rechts oberhalb des Nabels ist ein etwa wallnussgrosser Tumor von rundlicher Gestalt zu fühlen. Handbreit unterhalb des Nabels ist links eine Einsenkung zwischen zwei Knollen zu fühlen. Rechts reicht der Tumor bis zum Rippenbogen, links 3 Querfinger unter den Rippenbogen. Die Consistenz desselben ist prall elastisch, Fluctuation deutlich nachweisbar. Freier Ascites ist wenig vorhanden. Die Bauchdecken sind über dem Tumor verschieblich. Die Vulva ist geschlossen, die Vagina eng, nach obenhin sich erweiternd. Der Uterus ist anteflectirt und vom Tumor wohl abzutasten. Die Operation ergiebt, dass es sich um ein linksseitiges multiloculäres, glanduläres Colloidkystom mit mehrfachen Dermoidcysten handelt. Der Stiel war 2½ mal gedreht, ebenso die Tube. Links oben und seitlich grosse Adhäsionen mit dem Omentum majus.

Die weiteren 5 Fälle betreffen isolirte Dermoide.

1) Frl. L., 25 Jahre alt, I p. Abdomen stark vergrössert. Ein den Nabel um zwei Fingerbreiten überreichender Tumor erweist sich als der im 7. Monat gravide Uterus. Patientin fühlt deutliche Kindsbewegungen. Die Palpation ergiebt Rücken links, kleine Theile rechts oben im Fundus, Herztöne links unterhalb des Nabels. Ausser dem Uterus fühlt man bei der inneren Untersuchung noch einen Tumor, derselbe liegt deutlich rechts neben dem Uterus und ist gut orangengross. Ein von ihm ausgehender Strang lässt sich bis an die rechte Seite des Uterus verfolgen. Der Tumor ist in seinen oberen Partien derb, in den unteren weicher. Geht man neben ihm mit dem Finger gerade nach hinten, so kommt man aufs Kreuzbein. Er sitzt seitlich vom Douglas. Der Uterus ist retroflectirt, der Fundus nach rechts liegend. Die Operation ergiebt: Der Tumor sass in Verbindung mit der freien Kante des rechten Lig. latum einige cm unterhalb der Tube. Sein Stiel war 45 cm lang. Keine Adhäsionen. Beim Aufschneiden erweist er sich als Dermoidkystom. Das war also ein Tumor im 1. Stadium. Complicirt war der Fall durch gleichzeitig bestehende Gravididät.

2) Fr. K., 30 Jahre alt, II p. Abdomen schlaff, nicht hervorgewölbt, zeigt viele alte Striae. Ueber der Symphyse rechts ist eine etwa faustgrosse, leicht verschiebliche, höckerige, prall elastische Geschwulst zu fühlen. Von derselben ist nach links ein Strang zu verfolgen, hinter derselben ist das rechte Ovarium zu finden. Die Vulva ist geschlossen, die Vagina höher als normal temperirt. Das ganze rechte Parametrium ist äusserst empfindlich. Die Portio vaginalis steht höher als die Spinae, nach links von der Mittellinie. Der Uteruskörper ist antevertirt, beweglich, ein wenig vergrössert. Der Uterus ist mit dem Tumor durch einen 3 cm langen Strang verbunden. Die Bewegungen des Tumors übertragen sich wenig auf den Uterus. Bei der Operation zeigte sich der grössere Tumor brüchig, an seiner Oberfläche gangränös und gehörte dem rechten Ovarium an. Sein Stiel war, wie bereits vorher diagnosticirt, gedreht und zwar 2½ mal von links nach rechts. Beim Aufschneiden erwies sich der Tumor als Dermoid. Auch vom linken Ovarium wurden cystisch degenerirte Partien resecirt. In diesem Falle handelte es sich also wieder um einen Ovarialtumor im 1. Stadium, dessen Stiel nach dem Küstner'schen Gesetz gedreht war.

3) Frl. W., 23 Jahre alt, 0 p. Ziemlich kräftige Person. Im unteren Theil des Abdomens befindet sich ein Tumor, der die Symphyse etwas überragt und sich ins kleine Becken erstreckt. Der Tumor ist elastisch glatt und leicht verschieblich. Er ist von Gänseeigrösse. Der Uteruskörper ist frei beweglich und liegt nach hinten und links. Die Geschwulst nach allen Seiten verschieblich, hängt mit dem Uterus durch einen 2—3 cm langen Stiel zusammen. Links

steil am Uterus in die Höhe gehend fühlt man einen nach vorn hin sich erstreckenden Strang. Das rechte Ovarium liegt an normaler Stelle und ist nicht vergrössert. Bei der Operation ergab sich, dass der Tumor viele Adhäsionen besonders links mit dem Oment. maj. hatte, und dass er ein Dermoid des linken Ovariums war.

4) Fr. St., 36 Jahre alt, II p. Leib stark ausgedehnt, besonders nach rechts hin. Zahlreiche alte Striae daselbst. Bauchhaut wenig fettreich, die Bauchdecken mässig gespannt. Die kugelförmige, mehr nach rechts als median gelegene Hervorwölbung reicht 2 Querfinger breit über den Nabel und zeigt an einzelnen Stellen Unebenheiten. Rechts unterhalb des Nabels fühlt man eine ziemlich derbe Partie. Im Allgemeinen ist die Consistenz prall elastisch, allenthalben lässt sich Fluctuation nachweisen. Die Vulva ist geschlossen, der Introitus vag. eng, die Vagina erweitert sich nach oben hin. Der Muttermund steht etwas oberhalb der Spinallinie und ist nach vorn gewandt. Das hintere Vaginalgewölbe ist tiefer als das vordere. Der Uteruskörper ist nicht vergrössert und lässt sich unter der Geschwulst leicht verschieben. Nach links vom Uterus ist ein Strang zu fühlen, der zum Tumor geht. Die Ovarien sind nicht zu fühlen. Der Tumor erweist sich als rechtsseitiges Dermoid mit lehmigem Inhalt und bis zu 20 cm langen Haaren. Der Tumor sass an einem ganz langen, dem Proc. vermiform. entlang verlaufenden Stiele, rechts mit dem Oment. maj. adhaerent und ebenso handtellergross mit der Bauchwand, woselbst er eine ganz dünne Cystenwand besass. Das linke Ovarium ist kleincystisch degenerirt, auch an den Tuben sind kleine Cysten. Das Dermoidkystom zeigt innen Reste von Septen und an seiner nach hinten rechts gelegenen Wandung 7 Zähne. Dies ist unter unseren Fällen der einzige, wo sich ein isolirtes Dermoid im 2. Wachsthumsstadium befindet.

5) Fr. S., 40 Jahre alt, VII p. Aeussere Genitalien geschwollen, Frenulum vorhanden, Lab. min. prominent. Der Introitus ist ziemlich eng, Vagina nach obenhin sich erweiternd, nicht höher als normal temperirt. Der Muttermund steht genau in der Spinallinie, ist für die Finger geöffnet, die Muttermundlippen durch Commissurenrisse ektropionirt. Der Uteruskörper liegt auf dem vorderen Vaginalgewölbe, ist nicht vergrössert und leicht beweglich. Wenn er nach links dislocirt ist, fühlt man vor der Articulatio sarco-iliaca dextra einen kleinen Strang. Rechts hinten ein Tumor von Wallnussgrösse, dessen Stiel sich bis zum Uterus verfolgen lässt, von prall elastischer Consistenz. Das ist sicher das Ovarium. Links ist der Uterus fixirt und ein Strang von seiner Seitenwand geht bis an die Wand des Mastdarms. Er ist mehrere cm hoch, verbreitert sich nach dem Mastdarm und ist eindrückbar. Die Untersuchung per rectum ergiebt: An der rechten Hälfte der vorderen Wand des Rectums findet man einen wallnussgrossen Körper, der an einem Stiel sitzt und sich gegen diesen verschieben lässt. Auf der Oberfläche dieses Körpers findet man, wenn man um denselben kreisförmig herumgeht, Haare, die herausgezogen sich von dunkelblonder Farbe erweisen. Diagnose: Dermoidkystom, das in's Rectum invertirt und nach dem Mastdarm perforirt ist. Operation: Exstirpation der ins Rectum durchgebrochenen Theile mit Paquelin und Scheere.

Anat. Befund: Etwa wallnussgrosser, höckeriger, derber Tumor, an der vorderen Rectalwand adhärent, von dem aus 10 cm lange, dunkelblonde Haare durch die Perforation in den Mastdarm hineinhängen. Die Haare entspringen in dieser Länge nur dieser einen Stelle, die adhärent war und unter der Dermoidepidermis einen kleinerbsengrossen Knorpel enthielt. Ausserdem, hinter dem Knorpel gelegen, eine atheromatöse Massen enthaltende Cyste. Der Rest des Tumors, ca. die Hälfte, besteht aus derbem Bindegewebe.

Unsere Fälle ergeben also auch die Richtigkeit des oben angeführten Wanderungsmechanismus wachsender Eierstockgeschwülste.

Schliesslich sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath v. Winckel, meinen herzlichen Dank für die Anregung zu dieser Arbeit und die Ueberlassung des nöthigen Materials auszusprechen.

Ueber Pneumothorax im Kindesalter.[1])

Von Hofrath Dr. *Cnopf* in Nürnberg.

(Schluss.)

Wenn nun der letzte Grund dieser Vorgänge in der Laryngostenose gesucht werden muss, so liegt die Frage nahe, warum dergleichen Beobachtungen nicht öfter gemacht worden sind? Deshalb gestatten Sie mir, eine zweite ähnliche hier anzureihen.

Am 27. Januar 92 wird der nahezu 2 Jahre alte, gut genährte, hereditär nicht belastete, aber an den Extremitätenknochen die Spuren der Rhachitis zeigende Knabe H. in das Spital aufgenommen. Er war seit einigen Tagen unwohl, hustete und wurde seit gestern heiser und dyspnoisch. Die Mandeln und die Rachenschleimhaut waren frei von Diphtherie. Aber da sich im Laufe des Tages die Dyspnöe zu bedenklichen Graden gesteigert hatte, wurde Nachmittags die Tracheotomia inferior gemacht, deren Durchführung wenig Schwierigkeiten bereitete. Nach Eröffnung der Trachea wurden reichliche Mengen Schleims und Membranfetzen ausgestossen. Unmittelbar nach der Operation war das Befinden des Kindes ein befriedigendes, es athmete ruhig, zeigte aber bei der Untersuchung die Symptome eines weit verbreiteten Bronchialkatarrhs. In überraschender Weise verschlimmerte sich das Kind gegen Abend, ohne dass in einer Steigerung des Katarrhs oder in irgend einer anderen Veränderung die Ursache der hochgradigen Dyspnöe gefunden werden konnte. Unter den Symptomen höchster Athemnoth, Cyanose und Somnolenz erfolgte am folgenden Morgen der Tod.

Bei Eröffnung der Brusthöhle fiel sofort ein Emphysem des Zellgewebes im Mediastinum anticum auf, sowie dass der linke untere Lungenlappen von dem Diaphragma abgehoben und retrahirt war, während die rechte Lunge normale Situationsverhältnisse zeigte. In beiden Pleurasäcken war die seröse Auskleidung dünn, zart und durchsichtig und beide Lungen frei beweglich. Muthmaasslich war eine kleine Stelle am unteren hinteren Rand der linken Lunge der Ausgangspunkt des Pneumothorax. Es war daselbst das Lungengewebe collabirt, unter das Niveau gesunken, luftleer, blutarm, zäh, während äusserlich das umgebende Gewebe eine bläuliche Färbung hatte. Eine Rissstelle konnte nicht entdeckt werden. Atelektatische Stellen aber konnten weder in der rechten noch linken Lunge wahrgenommen werden. Im Uebrigen ergab die Section einen bis in die feineren Bronchien entwickelten Katarrh, sowie das Vorhandensein einer locker aufliegenden Membran auf den sehr blutreichen Schleimhäuten des Kehlkopfes, der Trachea bis zu den Bronchien 2. Ordnung.

Solche Erfahrungen mussten uns wohl die Veranlassung geben, mit besonderer Aufmerksamkeit nach dieser Richtung die Sectionsresultate zu verfolgen.

So konnten wir am 21. März dieses Jahres bei einem 2jährigen Knaben, der an Diphtherie der Mandeln, des Kehlkopfes und der Bronchien gelitten hatte und deswegen operirt worden war, an der gleichen Stelle, wie bei unserer ersten Beobachtung, nämlich entsprechend dem Centrum tendineum des Diaphragma links einen kleinen apoplektischen Herd in Keilform dicht unter der Pleura entdecken. Wenn es auch hier nicht zur Ruptur kam, so giebt es doch bei der Diphtherie durch die Athemnoth, durch den Husten, endlich noch durch die Operation mit Allem, was sie im Gefolge haben, Veranlassungen genug, um die Ruptur herbeizuführen. Folgende Beobachtung mag die entsprechende Illustration geben.

Am 19. November des Jahres 89 wird der schlecht entwickelte 6½jährige Knabe L. Sch. am 3. Krankheitstag mit den Symptomen der Diphtherie des Pharynx und leichteren Larynxerscheinungen aufgenommen. Nach 2 Tagen verschlimmern sich die letzteren und erfordern am 5. Tage die Tracheotomie. Die zu dem Zweck eingeleitete Chloroformnarkose ruft bei dem Knaben lebhafte Opposition hervor. Es gelingt ohne Schwierigkeit, die Trachea rasch bloszulegen. Mit Eröffnung derselben hört das Kind auf zu athmen. Es wird sofort die Weinlechner'sche Canüle eingelegt, Luft eingeblasen und die künstliche Respiration eingeleitet. Dadurch gelingt es nach kurzer Zeit wieder, selbständige Athembewegungen hervorzurufen. Membranknäuel drängen sich in die Trachealwunde und werden mit der Pincette entfernt. Trotz freier und freigehaltener Trachealwunde hört bald nachher das Kind wieder auf zu athmen und alle weiteren Versuche mit Einblasen von Luft und künstlicher Athmung waren vergeblich.

Bei der Section fand sich ein linksseitiger hochgradiger Pneumothorax, in Folge dessen die linke Lunge auf einen faustgrossen Knäuel retrahirt war. Im Uebrigen fand sich ein von der Epiglottis durch den Larynx in die Trachea und die Bronchien sich fortsetzende Diphtherie.

Damals hat mir diese Erfahrung viel Scrupel verursacht, obgleich ich mir eines vorsichtigen Verfahrens bewusst war. Heutzutage denke ich ruhiger darüber, weil ich weiss, dass in den Rückwirkungen der Laryngostenose auf das Lungengewebe eine Disposition zur Entstehung des Pneumothorax liegt, was für die Praxis von grosser Bedeutung ist.

Blähung und Anämie des Lungengewebes in den peripheren und oberen Theilen, wie andererseits Stauung des Blutes in den centralen und unteren Theilen der Lungen sind, wie Sie oben gehört haben, die unausbleiblichen Folgen der Laryngostenose. Habe ich Ihnen bisher nur Beobachtungen mitgetheilt, welche mehr in die letztere Kategorie gehören, so möchte ich nun noch Beobachtungen anreihen, die Ihnen zeigen sollen, wie auch die Blähung der Lunge zu verhängnissvollen Folgen führen kann.

Die bemerkenswertheste Beobachtung theilt Dr. J. Schwalbe

[1]) Vortrag, gehalten im ärztlichen Localverein Nürnberg am 17. November 1892.

in der Deutschen medicinischen Wochenschrift No. 21, 1891 mit, die sich in Kürze folgendermaassen referiren lässt.

Am 1. October 1890 erkrankt ein 6¾ Jahre alter Knabe an Husten und Heiserkeit, zu der sich nach 2 Tagen Dyspnöe gesellt. Bereits am folgenden Tag, den 4. October, konnte man eine Diphtherie der Mandeln, Schwellung der Unterkieferdrüsen und eine so gesteigerte Dyspnöe mit Aspirationserscheinungen wahrnehmen, dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Die mit Glück ausgeführte Tracheotomia inferior hatte einen Umschwung sämmtlicher Erscheinungen zur Folge. Am folgenden Tage befand sich der Knabe wohl und hustete leicht. Den nächstfolgenden Tag (6. October) wurden bei ruhiger Respiration reichliche Membranfetzen ausgehustet. Ausserdem aber war eine beginnende Nephritis zu constatiren. 2 Tage nachher, also 4 Tage nach Ausführung der Tracheotomie (8. October) wurde ein Versuch, die Canüle wegzulassen, gemacht, der aber aufgegeben werden musste, weil sich Abends wieder Dyspnöe einstellte. Nach weiteren 2 Tagen, also 6 Tage nach der Tracheotomie, wurde der gleiche Versuch mit gleich ungünstigem Erfolg gemacht. Abends musste die Canüle wieder eingeführt werden. Trotz freier Canüle entstunden in der Nacht hochgradige Symptome von Athemnoth. Bei einem solchen dyspnöischen Anfall entstund ein rasch sich über Gesicht und Brust ausdehnendes Hautemphysem und die Symptome eines doppelseitigen Pneumothorax. Die Leber war nach abwärts gedrängt, der Herzimpuls, die Herzfigur verschwunden, das Diaphragma stund am Dorsaltheil des Thorax an der XII. Rippe.

Es wurde nun ein mit einem Drainrohr, dessen unteres Ende unter Wasser geleitet war, armirter Troicar im IX. Intercostalraum hinten eingestossen. Daraufhin konnte man 6 Minuten lang das Entweichen von Luftblasen und eine auffallend bessere Athmung wahrnehmen. Eine zweite Punction an einer anderen Stelle des Thorax hatte einen gleich günstigen Erfolg, und da sich der Pneumothorax nicht wieder bildete, wurde schliesslich Genesung erzielt.

Im VIII. Band des Archivs für Kinderheilkunde theilt Dr. Franz. v. Torday eine Beobachtung mit, die, wenn auch in mancher Beziehung verschieden von der Obigen, doch hierher gerechnet werden muss. Symptome und Verlauf waren folgende.

Ein kräftiger 3jähriger Knabe acquirirt eine beiderseitige Diphtherie der Mandeln, die sich allmählich bis zum 5. Tag der Erkrankung bessert. Am 7. Tag entsteht rasch unter den Symptomen des Larynxkatarrhs Stenose des Larynx, die sich am 8. Tag unter Hinzutritt einer Verdichtung der ganzen linken Lunge und der unteren Partie der rechten Lunge zu den höchsten Graden der Dyspnöe und Asphyxie steigert. Am 9. Tage entwickelt sich unter diesen Symptomen rechts hinten zwischen Scapula und der Wirbelsäule ein Hautemphysem, das sich vom 10.—13. Tag über den Hals, das Gesicht, den Kopf, die Brust, den Rücken, die Oberextremitäten, am Rumpf bis an die Beckenknochen verbreitete. Innerhalb weiterer 8 Tage (bis 17 Krankheitstage) bildete sich das Emphysem allmählich zurück. Vom 23.—31. Tage gingen auch die übrigen Erscheinungen auf der Brust allmählich zurück.

Verfasser vermuthet als Ursache des subcutanen Emphysems ein Emphysem der oberen Partien der Lunge, oder an der Lungenwurzel, das unter dem Einfluss des forcirten Athmens, heftigen Hustens, Verdichtung der Lunge und dadurch bedingten Nachlass der Lungenelasticität zu einem Riss des visceralen Pleurablattes an der Lungenwurzel führte. Dadurch war das Entweichen der Luft in das Mediastinum posticum etc. möglich.

Torday, der die Literatur fleissig durchforschte, konnte nur noch eine von Dr. Sachse in Virchow's Archiv Bd. LII, p. 148 mitgetheilte ähnliche Beobachtung auffinden.

Bei einer Pharynxdiphtherie, die durch Inhalationen und Brechmittel besser wurde, entstund am 4. Tag ein subcutanes Emphysem, das sich über den Hals, das Gesicht und den Thorax ausdehnte. Am 2. Tag des Bestandes erfolgte der Tod.

Bei der Section fand man das vordere Mediastinum prall mit Luft gefüllt, die oberen Partien der Lunge hochgradig emphysematös. Die einzelnen Lobularsepta waren von hirsekerngrossen bis kirschkerngrossen Luftblasen erfüllt, welche zum grössten Theil die beiden Lungenwurzeln rosenkranzartig umgaben, von hier aus erstreckte sich das Emphysem ohne Unterbrechung in das vordere Mediastinum.

Die unteren Partien der Lunge sind im Zustand der acuten Entzündung, in der Trachea diphtheritische Ablagerungen, an den Stimmbändern und der unteren Fläche der Epiglottis stärkere Schwellung und ein diphtheritisches Geschwür.

Aus eigener Erfahrung kann ich den bisher geschilderten Fällen einen vierten Fall anreihen.

Am 18. December 90 wurde der an Diphtherie der Mandeln, des Pharynx und Laryngostenose leidende, 2¼ Jahre alte, kräftig entwickelte und gut genährte Knabe H. K. in das hiesige Kinderspital aufgenommen und sofort tracheotomirt (Tracheot. inf.). Bald nach der Operation entwickelte sich am Hals beginnend ein Hautemphysem, das sich rasch auf die Haut des Thorax und des Unterleibs bis zum Scrotum hinab ausdehnte, begleitet von hochgradiger Cyanose und Athemnoth. Am folgenden Nachmittag 5 Uhr erfolgte bereits der Exitus letalis.

Die Section ergab nun ausser dem bereits angegebenen Hautemphysem ein Zellgewebsemphysem des Mediastinum anticum bis zum Pericard herab, einen Pneumothorax links, in Folge dessen der linke Pleuraraum im Allgemeinen, besonders aber in seiner oberen Hälfte von Luft erfüllt und der linke sonst freibewegliche Oberlappen stark retrahirt, collabirt und luftleer, dessen Lingula aber pneumonisch infiltrirt und verdichtet war. Der linke Unterlappen dagegen war bei freier Beweglichkeit gedunsen, hellgrauweiss und blutarm.

Die rechte Lunge war freibeweglich, von Luft gebläht und bedeckte die rechte Herzhälfte vollständig. Der diphtheritische Process hatte sich auf den Mandeln, dem weichen Gaumen und dem oberen Theil der Trachea etablirt. Die übrigen Organe boten keine nennenswerthen Veränderungen dar.

Nach solchen Erfahrungen ist man wohl berechtigt, auch die Diphtherie zu den ätiologischen Momenten des Pneumothorax zu rechnen, weil sie durch Blutstauung und Apoplexie, sowie durch Lungenblähung und Alveolarruptur zur Entstehung desselben Veranlassung geben kann.

Jahresbericht über die gynäkologische Universitäts-Poliklinik des Herrn Prof. Amann pro 1892.

Von Dr. *Schroeder*, Assistenzarzt.

Während des abgelaufenen Kalenderjahres 1892 fanden rund 300 Neuaufnahmen statt. Dazu kommen noch ca. 50 übernommene Fälle aus dem Jahre 1891, in Summa 350 Fälle.

Der Zeit nach fallen die Aufnahmen: auf Januar 30, Februar 22, März 29, April 21, Mai 28, Juni 23, Juli 25, August 32, September 32, October 16, November 18, December 24.

Dem Wohnsitz nach ausgeschieden treffen auf Bayern 289, auf das übrige Deutschland, bezw. ausserdeutsche Länder 11.

Dem Beruf nach scheiden sich die Kranken aus in: Köchinnen und Dienstmädchen 96, Näherinnen, Kellnerinnen etc. 70, ohne angegebenen Beruf (verheirathet etc.) 134.

Den Krankencassen gehören an 80, Nichtcassenkranke 220.

Dem Alter nach ausgeschieden stehen unter 15 Jahren 0 = 0 Proc., 15—20 Jahren 22 = 7,3, 21—30 Jahren 150 = 50, 31—40 Jahren 79 = 26,3, 41—50 Jahren 31 = 10,3, 51—60 Jahren 15 = 5, über 60 Jahren 3 = 1 Proc.

Es sind verheirathet 138, ledig 162.

Nie geboren haben 99 = 33 Proc., geboren 201 = 67. Und zwar von letzteren sind 1 par 64 = 21,3 Proc., mehr par 137 = 45,7.

Die Affectionen scheiden sich aus in:

I. Erkrankungen der Vulva 27, und zwar: Ernährungsstörungen 8, Ekzem 1, Carcinom 1, grössere Dammrisse 13, Erkrankungen der Gland. Bartholin. 4.

II. Erkrankungen der Vagina 72, und zwar: Ernährungsstörungen 37, Inversionen der vorderen Wand 17, der hinteren Wand 9, Carcinom 3, Entzündungen der Urethra 6.

III. Erkrankungen des Uterus nnd seiner Ligamente 233, und zwar: a) Entwicklungsfehler (Uterus infantilis) 2; b) Ernährungsstörungen 147 (Metritis 17, Paraperimetritis 54, Endometritis cervicalis 49, Endometritis corporis 27); c) Lage- und Gestaltfehler 66 (Anteflexio pathol. 5, Anteversio 2, Retroflexio 21. Retroversio 8, seitliche Verlagerungen 3, Prolapsus uteri completus 2, incompletus 8, grössere Cervicalrisse 13, Stenos. orific. ext. 4); d) Neubildungen des Uterus 18 (Corpuscarcinom 4, Cervixcarcinom 9, Myome 4).

IV. Erkrankungen der Ovarien und Tuben 26, und zwar: Oophoritis 21, eitrige Salpingitis 3, Neubildungen der Ovarien 2.

V. Schwangerschaftsbeschwerden 25. Tubarschwangerschaft 1.

VI. Anderweitige Erkrankungen 7, und zwar: Hernien 4, Prolaps. recti 1, Ren mobilis (dext.) 1, tuberculöse Peritonitis 1.

VII. Wegen acuter sexueller Erkrankungen wurden ins Krankenhaus verwiesen 21:

Die gynäkologische Universitätspoliklinik wurde im vergangenen Jahr als cassenärztliches Organ von fast allen Ortskrankencassen und der Gemeindekrankencasse aufgestellt und bestehen mit den resp. Krankencassen diesbezügliche Verträge.

Die Poliklinik fand im vergangenen Jahre, wie gewöhnlich, 3mal wöchentlich statt und zwar Montag, Mittwoch, Freitag 2 bis 3½ Uhr Nachmittag.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Ovarientumor, Extrauteringravidität, Laparotomie. Von Dr. Stern in Freiburg i. B.

Frau M. M. aus I. bei L. Patientin ist 28 Jahre alt, hereditär nicht belastet; seit dem 16. Lebensjahr, abgesehen von einer im 18. Jahre eingetretenen Bleichsucht mit ¼jährlicher Amenorrhöe, regelmässig menstruirt. In den letzten 4 Jahren jedesmal bei Ein-

tritt der Menses krampfartige Schmerzen, besonders bei Anstrengungen, sonst gesund. Heirath mit 28 Jahren. Im Juni 1892, 3 Wochen nachher, zur Zeit der Menses trat eine ganz unbedeutende Blutung auf; einige Wochen später bekam Patientin starke Schmerzen im Unterleib und es wiederholten sich die Blutungen unter Auftreten von Beängstigungen und Uebelkeiten. Der hinzugezogene Arzt diagnosticirte einen von den rechten Adnexen ausgehenden Tumor und gab ihr den Rath, in eine Klinik zu geben. Bevor sie hierher kam, wandte sie sich jedoch noch an einen anderen Arzt. Dieser diagnosticirte ausser dem Tumor eine Parametritis und verordnete ihr Bäder. Da der Zustand immer bedrohlicher wurde und die Blutungen nur zeitweise aufhörten, kam Patientin Mitte September in meine Behandlung.

Status praes.: Patientin ist mittelgross, kräftig gebaut und zeigt eine geringe Anschwellung der Brüste. Der Leib ist mässig aufgetrieben; Uterus vergrössert, retrovertirt; Portio succulent, bläulich; Genitalschleimhaut weinhefenartig verfärbt. Rechts ein kindskopfgrosser, leicht beweglicher, anscheinend vom rechten Ligament ausgehender Tumor; links ein ebenso grosser, dem linken Ligament in seinem oberen Theil entsprechender, adhärenter, weich elastischer. Das linke Ovarium liegt im linken Theil der Fossa Douglasii fixirt, ist etwas vergrössert, nicht empfindlich, vom rechten war nichts zu fühlen.

Diagnose: Tumor ovarii dextri, Graviditas tubaria sinistra. Die Diagnose der Extrauteringravidität stützte sich erstens auf den Charakter der Geschwulst, zweitens die Schwangerschaftszeichen, drittens die Anamnese. In Bezug auf letztere war auffallend die fehlende Angabe vom Abgang der Decidua; doch konnte man immerhin annehmen, dass bei den häufigen Blutungen dieselbe unbemerkt mit ausgestossen war. Wir bedienten uns nicht des zuweilen geübten Hülfsmittels, das Curettement des Uterus vorzunehmen und die ausgekratzten Partikel auf charakteristische Zellen zu untersuchen, weil wir unserer Diagnose vollkommen sicher waren und überhaupt dies Verfahren als gewagt ansehen.

Nach den gewöhnlichen Vorbereitungen wurde am 30. September in Chloroformnarkose zur Operation geschritten.

Bauchschnitt in der Linea alba. Es repräsentirte sich sofort der rechtsseitige Ovarialtumor, der mit leichter Mühe abgebunden wurde. Beim vorsichtigen Abtasten der linksseitigen Geschwulst platzte dieselbe bei Berührung und es kam zu einem sehr starken Bluterguss. Durch manuelle Compression wurde derselbe gestillt; dann wurde der Sack abgetragen und der Rest mit 3fachen Ligaturen vernäht und versenkt, das linke vergrösserte Ovarium aber intact gelassen. Beim Reinigen des Douglas fand sich dann ein 2monatlicher Foetus vor, in Blutcoagula eingehüllt. Schluss der Bauchhöhle mit Silber- und Seidenfäden. Die Reconvalescenz war eine vollständig normale. Patientin konnte nach 3 Wochen das Bett verlassen.

Bemerkenswerth ist in diesem Falle die Anwesenheit eines Ovarialtumors bei gleichzeitiger Extrauteringravidität. Letztere kann durch einen solchen ungünstig beeinflusst werden. Natürlich ist die Form und Natur des Ovarientumors hierbei von Wichtigkeit. Bei gutartigen Geschwülsten ist es das starke Wachsthum während der Gravidität, bei malignen ein gewisser Grad von Ascites oder eine Entleerung des Inhaltes in die Bauchhöhle. Der Tumor wirkt reizend auf den Extrauterinsack; es kann dann zu beschleunigter Berstung in den ersten Monaten kommen unter Eintritt einer verhängnissvollen Blutung. Aber vor der Berstung kann auch der Foetus absterben und mit der Zeit eine Restitutio ad integrum eintreten, ohne dass es zur Zerreissung kommt; dieser Ausgang ist indess eine Ausnahme. Auch bei abgestorbener Frucht kann es doch zur Contraction der Tube, Loslösung des Eies und somit zur Blutung kommen. Gelangt das Ei durch das Ostium abdominale tubae in die Bauchhöhle, so sprechen wir von Tubenabort; hierbei tritt dann immer eine sehr heftige Blutung ein. Fällt jedoch der Riss bei der Berstung so günstig aus, dass er gerade an dem Theil eintritt, welcher nicht vom Peritoneum bedeckt ist, so muss die Blutung in die Blätter der Ligamenta lata erfolgen. Wir sprechen dann vom Hämatom der Ligamenta lata. Erfolgt die Blutung durch das Peritoneum, so kommt es zur freien Blutung in die Bauchhöhle. Steht die Blutung, wenn der Sack im Douglas liegt und perimetritische Adhäsionen entstanden waren, so bildet sich die Hämatocele retrouterina. Ist aber der Sack geborsten ohne vorherige Bildung solcher Adhäsionen, so ist es mehr oder weniger Zufall, wenn die Patientin durch den chirurgischen Eingriff noch gerettet werden kann.

Feuilleton.

Professor Otto Kahler †.

Am 24. Januar ist der bekannte Wiener Kliniker Hofrath Otto Kahler aus dem Leben geschieden.

Kahler wurde im Jahre 1849 als der Sohn eines angesehenen Arztes in Prag geboren. Er wuchs in glücklichen Verhältnissen heran und erhielt durch die Fürsorge eines trefflichen Vaters und einer hochgebildeten Mutter jene sorgfältige, gleichmässig abgewogene Erziehung des Körpers und Geistes, die allein eine harmonische Entwickelung des ganzen Menschen zu zeitigen im Stande ist, wie sie Alle, die ihm näher standen, an Kahler geschätzt haben.

Eine hervorragende Begabung im Verein mit unermüdlichem ernsten Streben liessen Kahler binnen Kurzem bedeutende wissenschaftliche Erfolge erringen. Nach beendigtem Studium hatte er auf einer wissenschaftlichen Reise in Paris durch den Einfluss von Charcot und Duchenne Anregung zu neuropathologischen Forschungen erfahren. Nach Prag zurückgekehrt wurde er Assistent bei Halla und wandte sich alsbald dem neurologischen Arbeitsgebiete zu, dem er fürderhin fast ausschliesslich seine Kräfte widmete und auf dem er sich für alle Zeiten einen hochgeachteten Namen geschaffen hat. Das Jahr 1878, in dem er sich habilitirte, 1882, wo er zum ausserordentlichen Professor in Prag ernannt wurde und 1887, wo ihm mit der ordentlichen Professur für specielle Pathologie und Therapie die Leitung der II. medicinischen Klinik an der deutschen Universität in Prag übertragen wurde, bilden die äusseren Marksteine der arbeitsreichsten und glücklichsten Periode seines Lebens.

Von den zahlreichen Publicationen Kahler's in jener Zeit seien vor Allem die aus gemeinsamem Arbeiten mit seinem Freunde Arnold Pick hervorgegangenen „Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems", genannt. Sie enthalten Untersuchungen über die Localisation der Hörsphäre, über die Worttaubheit, über die posthemiplegischen Bewegungserscheinungen, über combinirte Systemerkrankungen des Rückenmarkes, über Compressionsmyelitis, Syringo- und Hydromyelie, Paralysis ascendens acuta, nucleäre Oculomotoriuslähmungen u. A. m.

All diese umfangreichen Forschungen wurden in dem kurzen Zeitraume von $2^1/_2$ Jahren ausgeführt. Spätere Arbeiten brachten weitere werthvolle Beiträge zur Neuropathologie, theils anatomischer, theils experimenteller, theils casuistischer Natur. Zwischen hinein fielen kleinere Abhandlungen über Thoracocentese, Diagnostik intrathoracischer Tumoren, acuten Darmverschluss u. s. w. In Toldt's Handbuch der Histologie ist die Darstellung der Anatomie des Centralnervensystems aus Kahler's unermüdlicher Feder geflossen.

Den Gipfel äusseren Erfolges erreichte Kahler mit seiner im Jahre 1889 erfolgten Berufung nach Wien an die durch Bamberger's Ableben verwaiste II. medicinische Klinik. Indessen wendet die Curve seines Lebens, die bis hierher in raschem, stetigem Aufstieg sich bewegt hatte, nunmehr sich abwärts.

Schon 1889 hatte sich Kahler durch Gussenbauer in Prag eine kleine Zungengeschwulst exstirpiren lassen, deren carcinomatöser Charakter schon damals mikroskopisch festgestellt, Kahler jedoch verheimlicht wurde. 1890 verfiel Kahler im Anschluss an eine Laryngitis einer schweren multiplen Neuritis, welche sogar sein Leben in Gefahr brachte. Kaum hatte er sich von dieser Erkrankung erholt, als 1891 ein Recidiv an der Zunge eine zweite Operation nöthig machte, der 1892 ein abermaliger, nunmehr grosser operativer Eingriff folgen musste. Noch im Laufe desselben Jahres aber trat ein drittes, jetzt inoperables Recidiv am Hals und den retrosternalen Lymphdrüsen auf, das unter qualvollen Druckerscheinungen von Seiten des Sympathicus, Vagus, Oesophagus und rechten Hauptbronchus schliesslich die von dem Leidenden sehnlichst herbeigewünschte Auflösung herbeiführte.

Wir haben bisher die Verdienste Kahler's um den Fortschritt seiner Wissenschaft hervorgehoben. Nicht minder aber

wollen wir betonen die Liebe und Pflichttreue, mit der er seiner Lehrthätigkeit oblag, das Vertrauen und die Beliebtheit, deren er sich als Arzt zu erfreuen hatte. Von der Achtung und Verehrung, die er in den engeren Kreisen seiner Collegen und Schüler genoss, legen die warmen Nachrufe und Kundgebungen anlässlich seines Hinscheidens beredtes Zeugniss ab. Aber weit über seine unmittelbare Wirkungssphäre hinaus in der ganzen ärztlichen Welt ist dem verdienten Forscher und schwergeprüften Manne ein ehrendes und theilnehmendes Angedenken sicher.

Moritz-München.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Helferich: Die antiseptische Wundbehandlung in ihren Erfolgen und Wirkungen. Greifswalder Rectoratsrede. Stuttgart bei F. Enke. 1892.

Neuber: Kurze Beschreibung der aseptischen Wundbehandlung. Verlag von Lipsius und Tischer, Kiel und Leipzig. 1892.

Helferich's Rede giebt einen sehr klaren Ueberblick und Rückblick auf die Antisepsis von ihrem Entstehen an, den auch derjenige mit grossem Interesse lesen wird, der überzeugt ist, dass die Antisepsis über kurz oder lang verdrängt werden wird von der Asepsis, die sich aus jener entwickelt hat. Wie weit sich die Tochter von der Mutter schon entfernt hat, zeigt Neuber's Beschreibung der aseptischen Wundbehandlung, die er in seinen Privathospitälern in Kiel streng durchführt, allerdings unter so idealen Verhältnissen für Operation und Wundbehandlung, wie sie sich auch in sehr gut eingerichteten Krankenhäusern nur äusserst schwer werden schaffen lassen (cf. die Situationspläne etc.). Von besonderer Bedeutung für den Chirurgen ist die ausserordentliche Einfachheit der Verbände, die Neuber anwendet; derselbe Schwamm ist Tupf- und Verbandmaterial. Seine Schilderung zeigt, dass das Bedenken, die Durchführung der Asepsis erfordere allzu viel Apparate, ganz unbegründet ist, dass vielmehr gerade die Einfachheit der Asepsis ihre Durchführung überall gestattet. Dass sich vorzügliche Heilresultate — bessere wie mit der reinen Antiseptik — bei jeder Operation und wie immer beschaffener Wunde erreichen lassen, auch wenn kein Tropfen Carbol- oder Sublimatlösung mit der Wunde in Berührung kommt, zeigen Neuber's in einer Tabelle mitgetheilte Erfolge ebenso wie die Erfahrungen in vielen grossen Kliniken, die vollkommen aseptisch arbeiten.

Adolf Schmitt.

Privatdocent Dr. **Chr. Lemcke,** Director der Universitäts-Poliklinik für Ohren- und Kehlkopf-Kranke in Rostock i. M.: **Die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin, ihre Ursachen und Verhütung.** Eine statistisch-otologische Studie. Leipzig, Verlag von Alfred Langhammer. 1892, 232 S. Preis 8 M.

Eine ausserordentlich fleissige und gut geschriebene Studie, die jedem, der sich für Taubstummheit interessirt, zu empfehlen ist. Man findet darin auch alle Hauptresultate der bisherigen Untersucher über Statistik der Taubstummheit kritisch beleuchtet. Lemcke hat jeden einzelnen der 533 Taubstummen in Mecklenburg-Schwerin selbst aufgesucht und bietet so die sicherste Gewähr für eine genaue Feststellung der Anamnese und des Ohr- und Allgemeinbefundes. Das Endergebniss ist folgendes:

1) Die Taubstummenhäufigkeit in Mecklenburg ist nicht beeinflusst von terrestrischen Bedingungen, insbesondere nicht von der Gestaltung und der geologischen Beschaffenheit des Bodens, auch nicht vom Wasser in seinen verschiedenartigen Erscheinungsformen.

2) Unter den als sociale und individuelle Ursachen bezeichneten ätiologischen Momenten machen sich besonders geltend: schlechte materielle Verhältnisse, hygienische Schädlichkeiten mannigfachster Art und pathologische Belastung.

3) Pathologische Belastung ist bei mehr als zwei Dritteln aller Taubstummenfamilien nachweisbar; durch ihren Einfluss erklärt sich auch die ursächliche Bedeutung der consanguinen Ehen.

4) Von sämmtlichen Taubstummen haben 55 Procent ihr Gebrechen durch die als unmittelbare Ursachen aufgeführten Krankheiten erworben, und in zwei Dritteln aller dieser Fälle handelt es sich um solche Erkrankungen der Gehörorgane, bei denen die Möglichkeit der Abwehr der Taubstummheit durch sachgemässe Behandlung von vorneherein zugegeben werden muss.

Lassen diese Resultate keine Zweifel darüber zu, dass es in Menschenhand liegt, die Häufigkeit der Taubstummheit herabzusetzen, so kennzeichnen sie auch in knappen Zügen eine Aufgabe, zu deren Lösung wissenschaftliche und humane Bestrebungen Einzelner nicht ausreichen und die deshalb im Interesse des Volkswohles Gegenstand behördlicher Fürsorge werden muss. Da die Verhütung des Gebrechens aber mit den Fortschritten der Hygiene und namentlich mit den Fortschritten der Ohrenheilkunde Hand in Hand geht, so wird eine Erfüllung der in den Darlegungen oft betonten und sicher nicht unberechtigten Forderungen nur dann zu erwarten sein, wenn der Staat die socialen und individuellen Ursachen durch Pflege der Volksaufklärung, durch Regelung und Ueberwachung der Volkshygiene bekämpft und wenn er von seinem Heilpersonal den bisher nicht ausdrücklich geforderten Befähigungsnachweis verlangt, die hier vor allen Dingen in Betracht kommenden Erkrankungen der Gehörorgane mit ihren Folgen zu erkennen und zu behandeln."

Der Werth der Untersuchungen mit Stimmgabeln wäre noch erhöht worden, wenn die Zeitdauer der Luft- und Knochenleitung gemessen und der Rinne'sche Versuch berücksichtigt worden wäre. Mit der Diagnose „Tubenstenose" für diejenigen Fälle, „in denen ein Bougie von 1 mm Querschnitt nicht durch den Isthmus ging, und in denen zugleich das Auscultationsgeräusch ein hohes pfeifendes und zischendes war", kann Referent sich nicht einverstanden erklären, da sich Bougies auch in normalen Fällen oft nicht einführen lassen, was sich durch die wechselnde Knickung und Krümmung des Tubencanals erklärte; auch bestätigt die pathologische Anatomie durchaus nicht die bisher von vielen Seiten angenommene Häufigkeit der Tubenstenose. Ueberraschend häufig hat Lemcke „Caries" des Mittelohrs gefunden.

Es wäre im Interesse der Taubstummen sehr zu wünschen, dass das Buch recht viel gelesen würde, hier die Fülle interessanter Einzelheiten auch nur annähernd anzuführen, ist unmöglich.

Dr. Scheibe-München.

Th. Billroth: Die Krankenpflege im Hause und Hospitale. Vierte Auflage. Wien, Gerold, 1892. 290 S. 3 Mark.

Auf die Vortrefflichkeit des jetzt in vierter Auflage vorliegenden Billroth'schen Buches der Krankenpflege wurde schon vor einiger Zeit in diesen Blättern hingewiesen. Ursprünglich bestimmt für Familien und Krankenpflegerinnen kann es auch jedem Arzte zu eingehendem Studium angelegentlich empfohlen werden; jeder wird aus den vielseitigen praktischen Winken des vielerfahrenen Verfassers Nutzen ziehen. Die neue Auflage ist von R. Gersuny besorgt. Sie behandelt in 10 Capiteln: das Krankenzimmer, die allgemeinen Regeln für die Pflege bettlägeriger Kranken, die Ausführung der ärztlichen Verordnungen, die Vorbereitungen zu Operationen und Verbänden, die Pflege fiebernder Kranken, die Pflege bei ansteckenden Krankheiten, die Pflege bei Nerven- und Geisteskranken, die Hilfeleistung bei plötzlichen Unfällen, die Ernährung und Diät, den Bau des menschlichen Körpers. Ein elftes von Rie verfasstes Capitel handelt von der Pflege des gesunden und kranken Kindes.

Kr.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Virchow's Archiv. Bd. 121. Heft 1.

1) Fraenkel und Reiche: **Ueber Nierenveränderungen nach Schwefelsäurevergiftung.**

Die Verfasser beschreiben klinisch und anatomisch 3 Fälle von Schwefelsäurevergiftung, von denen einer sehr acut verlief, während

die beiden anderen erst nach Monaten an Magencomplicationen erlagen. Nach einer Uebersicht über die bisher betreffs der Nierenveränderungen vorliegenden Befunde werden die Befunde in den drei genannten Fällen beschrieben. In dem ersten, sehr acut verlaufenden zeigte sich in den Epithelien der Rinde eine sehr ausgebreitete Coagulationsnekrose, ohne interstitielle Veränderungen. Da in früher beschriebenen Fällen mehrfach eine Verfettung der Nierenepithelien angegeben wurde, so schliessen F. und R., dass die von ihnen gefundene Nekrose einer quantitativ gesteigerten Wirkung des Giftes entspreche, die von einer grösseren Menge mit dem Magen aufgenommener Schwefelsäure herrühre. Geringe Mengen bewirken parenchymatöse Degenerationen, stärkere direct Nekrose. Der Tod war in diesem Falle 5 Stunden nach Aufnahme des Giftes eingetreten, die Blase bei der Obduction leer.

Von den beiden anderen Fällen, die erst 3—4 Monate nach der Vergiftung zur Section kamen, wurde in dem einen Albuminurie beobachtet, während eine solche im anderen fehlte. In beiden zeigte die mikroskopische Untersuchung in den Nieren herdweise Narben, einzelne Bezirke des Parenchyms waren zerstört, entzündliche Reizung des Interstitium fehlte. Es geht daraus hervor, dass es falsch ist, aus dem Fehlen der Albuminurie auf das Nichtvorhandensein anatomischer Veränderungen in der Niere zu schliessen.

Das Fehlen von Glomerulusveränderungen, von solchen der Gefässe und des Bindegewebes in den beschriebenen Fällen beweist auf's Neue, wie ausserordentlich empfindlich das Rindenepithel der Niere gegenüber den anderen Gewebstheilen ist.

2) Burckhart: **Ueber ein Coccidium im Schleimkrebs des Menschen und seine Dauersporencyste.**

Bei einer Kranken, der wegen eines Schleimkrebses des Magens der Pylorustheil exstirpirt worden war, trat nach 12 Monaten ein Recidiv in der Bauchnarbe auf, bei dessen Entfernung zugleich eine grosse Eierstocksgeschwulst mit herausgenommen wurde. Letztere zeigte sich mikroskopisch ebenfalls als Schleimkrebs. In derselben fanden sich in äusserst reichlicher Zahl jene in Zellen eingeschlossenen Körper, die man als Coccidien auffassen kann. Dafür, dass es sich wirklich um solche handelt, findet Verfasser den Beweis in einem Körper, den er als Dauersporencyste anspricht, von dem aber nur ein Exemplar anzutreffen war. In einer sehr grossen Zelle lag eine runde dickwandige Cyste, welche den Zellkern bei Seite schiebt; in der Cyste befindet sich ein zartes Bläschen, in diesem wieder ein dickwandiges Bläschen und letzteres enthält ein traubenförmiges aus 5 rundlichen Körpern zusammengesetztes Gebilde. Der ganze Körper entspricht nach B. der Dauersporencyste eines Coccidium. In der dicken Wand der intracellulären Cyste ist die Spore, in dieser ein dickwandiges Bläschen, welches die Keime enthält. Letztere sind von einer besonders starken Kapsel eingeschlossen, wie sie bisher bei Coccidien noch nicht beschrieben wurde. Jedenfalls kann man nach B. aus seinem Befunde schliessen, dass die schon vielfach bei Carcinomen gefundenen intracellulären Cysten wirklich Coccidiencysten seien. — Im beschriebenen Falle fanden die Cysten sich nicht zerstreut im Gewebe, sondern in Haufen angeordnet, welche aber keineswegs immer mit der stärkeren Proliferation junger Krebszellen örtlich übereinstimmten. Möglicherweise sind aber gerade die — noch nicht entdeckten — Jugendstadien für die Ausbildung von eigentlicher Bedeutung. Schmaus-München.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. XXV. 2.

1) Benckiser: **Ueber die directe Naht der Vesico-uterinfisteln nach Abtrennung der Blasenwand.**

Für die Behandlung genannter Fisteln kommen in Betracht: 1) Metro- oder Kolpokleisis; 2) Naht des Defectes vom Cervix aus; 3) directe Naht nach Ablösung der Blase vom Uterus; 4) Naht von der Blase aus nach Trendelenburg. Die ersten beiden Methoden sind mehr und mehr verlassen worden; die dritte ist die idealste; den 4 bis jetzt publicirten diesbezüglichen Operationen reiht B. drei weitere an; in allen 7 Fällen voller Erfolg. Bei den Fällen B.'s war 2mal Forceps, einmal Druckgangrän Entstehungsursache. Die Operation besteht in der Trennung von Uterus und Blase, wie bei Totalexstirpation, Anfrischung und Naht der Fistel. Bei gleichzeitigem Cervixriss ist dieser zuerst nach Emmet zu nähen. Für die Nachbehandlung Dauerkatheter. — In Fällen, wo sich die Hystero- oder Kolpokleisis als nothwendig erweisen, ist zuerst durch Castration der anticipirte Klimax herbeizuführen.

2) Kleinwächter: **Zur Biologie der Fibromyome des Uterus.**

40, einzeln mitgetheilte, Fälle konnten zur Untersuchung herangezogen werden. Die entschiedene Mehrzahl zeigt ein rasches Wachsthum, dasselbe ist selten langsam, mitunter ein schubweises. Stillstand oder selbst Verkleinerung kommt auch in vorklimakterischen Jahren ausnahmsweise vor; monatelange Ergotinbehandlung, andrerseits consumirende Krankheiten scheinen hier von Einfluss. Myome, welche durch eine intercurrirende Gravidität zum Wachsen kommen, können in der puerperalen und postpuerperalen Zeit ganz verschwinden. Das Klimakterium hat nicht in der gewöhnlich angenommenen Häufigkeit Stillstand des Wachsthums beziehungsweise Schrumpfung zur Folge; weiteres und zum Theil rasches Wachsen in dieser ist durchaus nicht selten. Mehrfach wurde beobachtet, dass gestielte submucöse Fibrome (Polypen) der Bildung grosser Fibromyome vorausgehen. Die Myome sind durchaus nicht immer gutartige Neubildungen; K. beobachtete neuerdings bei einer 70jährigen Virgo carcinomatöse Degeneration des Tumors und Tod an allgemeiner Carcinose.

3) Emanuel: **Ueber Teratoma ovarii.** (Mit einer Tafel.)

Zwischen „Dermoid" und „Teratom" ist scharf zu trennen; erstere enthalten nur Abkömmlinge des Ektoderms; sind auch Gebilde des Meso- oder Entoderms vertreten, dann handelt es sich um Teratome. Diese, Neubildungen soliden Charakters, sind schon makroskopisch charakterisirt durch eine Menge kleiner und kleinster Cysten, welche mikroskopisch die mannigfachste Auskleidung erkennen lassen, ferner durch das Vorhandensein von Fett, Knorpel, Knochen etc. Auffallend häufig wurde bei Teratom des Ovariums sarkomatöse Beschaffenheit der Grundsubstanz desselben gefunden. Dementsprechend wachsen sie sehr rasch, inficiren per contiguitatem, bilden Metastasen und neigen sehr zu Recidiven; es sind somit Neubildungen bösartigster Natur. So trat auch bei E.'s Patientin, einem 15jährigen Mädchen, kaum 5 Wochen nach Exstirpation des mannskopfgrossen Tumors (l. ov.), wobei auch einzelne, kleine Knötchen enthaltende Partien des Netzes entfernt wurden, nach kurzer Zeit der Tod ein in Folge zahlreicher Metastasen in Netz, Zwerchfell, rechtem Ovarium, Peritoneum etc. Die detaillirt angegebene mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Tumors ergab in sarkomatöser Grundsubstanz die verschiedensten an anderen Stellen des Körpers normalerweise vorkommenden Gewebsformationen, wie auch pathologische Bildungen in völlig regelloser Anordnung.

Anschliessend bespricht Verf. noch die Diagnose solcher Tumoren und die Ursachen ihres häufigen und raschen Recidivirens.

(Schluss folgt.)

Archiv für Gynäkologie. 43. Band, 2. Heft. (Schluss.)

7) Popoff: **Zur pathologischen Anatomie der Eierstöcke (Salpingo-Oophoritis).**

Das Material boten 8 Fälle von Ovario-Salpingotomie. Es ergab sich, dass in den Anfangsstadien der Salpingo-Oophoritis verschiedene Formen entzündlicher Natur und deren Ausgänge am Eierstocke wahrgenommen werden (O. follicularis, O. interstitialis, Perioophoritis etc.), während es sich in veralteten Fällen um eine Atrophie des Ovariums mit Vernichtung seiner drüsigen Elemente handelt.

8) Eröss: **Ueber die Krankheitsverhältnisse der Neugeborenen an der I. geburtshülflichen Klinik in Budapest.**

Die Untersuchungen erstreckten sich auf 1000 Neugeborene und zwar vom 1.—10. Tag. Es zeigte sich nun zunächst, dass 43,1 Proc. (in der Privatpraxis 28,5 Proc.) ein- oder mehreremale Fiebertemperatur (über 38,0) hatten; bei 18 Proc. konnte die Ursache des Fiebers nicht einmal mit Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, bei den Uebrigen war dasselbe besonders auf Veränderungen am Nabel beziehungsweise Nabelschnurrest, sodann auf solche der Verdauungsorgane, endlich auf einzelne intercurrente Erkrankungen (Pneumonie, Meningitis etc.) zurückzuführen; die Dyspepsien finden sodann eine eingehende Besprechung und ist hier die merkwürdige Beobachtung zu erwähnen, dass die Verdauungsstörungen bei ausschliesslich mit Muttermilch genährten Kindern besonders häufig vorkommen. Bezüglich des Soor sprechen die Untersuchungen sehr für Weglassung der Mundwaschungen; bei letzterem Verfahren fand sich Soor in 3,62 Proc., bei Ausführung der Waschungen in 18,4 Proc.: diese letzteren geben auch Veranlassung zur Entstehung von seichten Geschwüren. Conjunctivitis blennorrhoica trotz Argentum nitr. Einträufelungen in 0,4 Proc. Von anderen Krankheiten seien genannt Melaena, Haematemesis, Genitalblutungen bei weiblichen Kindern (6), Syphilis (12), Ikterus etc. Proben mit verschiedenen Einwicklungsarten zeigten, dass dieselben ohne Einfluss auf die Gesundheitsverhältnisse sind. Den Schluss bildet eine Betrachtung der Verhältnisse der Frühgeborenen; es sei nur erwähnt, dass die künstliche Erwärmung bei den Frühgeborenen mit subnormaler Temperatur (ca. 40 Proc.) von entschieden vortheilhaftem Einfluss auf die Entwicklung ist.

9) Schwyzer: **Ueber einen Fall von Geburtshinderniss bedingt durch hochgradige Erweiterung der fötalen Harnblase.**

VI. p. 7 Monatskind. Auffallend ist die ausserordentliche Zerreisslichkeit seiner Gewebe; obwohl die Herztöne unmittelbar vorher gehört wurden, riss der Kopf bei vorsichtigem Zangenzug vom Rumpf ab, beim Extractionsversuch reisst der Arm sammt der Clavicula aus, die Bauchdecken und die Blase (6½ l Inhalt) werden mit dem Finger durchbohrt! Die Harnröhre war an ihrem vorderen Theile verschlossen. Die Einfügungsstelle des Nabelstrangs in die Bauchhaut stellt einen Nabelschnurbruch mit kreisförmigem Defect der Cutis dar. Der Mastdarm mündet mit feiner Spitze in die Blase. Anreihend bespricht V. die übrigen diesbezüglichen Fälle besonders in Bezug auf Anatomie und Embryologie, und die Diagnose,

10) Boekh: **Ueber Zwergbecken.**

Verf. erörtert zunächst den Begriff „Zwergwuchs" (Körperlänge 103,6 [rhach.] — 113,9 cm) mit den beiden Arten: proportionirte und unproportionirte (rhachit. etc.) Zwerge und fügt der referirten Casuistik die Beschreibung eines proportionirten Zwergbeckens und die Geburtsgeschichte einer rhachitischen Zwergin hinzu. Auf die zahlreichen, auch vergleichenden Messungen im ersten Fall kann nicht eingegangen werden; als Hauptmerkmale boten sich: Verjüngung aller Durchmesser, mangelhafte Verknöcherung, mehr oder weniger ausgesprochene trichterförmige Einengung nach dem Ausgang zu; das Zwergbecken nimmt eine Mittelstellung ein zwischen dem allgemein gleichmässig verengten und dem infantilen Becken. Die zweite Mit-

theilung (Geburtsfall) wird eingeleitet durch eine Darstellung der Fortpflanzung des Zwergwuchses in der betreffenden Familie; es folgt die genaue Beschreibung der rhachitischen Schwangeren (Messungen; von denselben sei nur erwähnt Körperlänge 97 cm; Conj. diag. 7. vera 5,5). Therapie: Künstlicher Abort (Sectio caesarea verweigert, 6. Schwangerschaftsmonat) durch Bougie. Unvollkommene Fusslage, Extraction des todten weiblichen Kindes, Abreissen des Kopfs, Muzeux. Kind von normaler Structur und Körperverhältnissen. Fieberloses Wochenbett. Eisenhart.

Vereins- und Congress-Berichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 8. Februar 1893.

(Schluss.)

Herr **Geissler** (v. Bergmann'sche Klinik) stellt 3 Kranke vor, welche besonders deutlich die Thatsache illustriren, dass Carcinome sich mit Vorliebe auf dem Boden von chronisch-entzündlichen Zuständen entwickeln.

1) Typisches Bild der sog. Theerkrätze bei einem Manne, der seit 1873 in einer Theerfabrik beschäftigt ist. Er bringt dabei nur seine Finger in Berührung mit der Theermasse. Dagegen ist der ganze Körper den Theerdämpfen ausgesetzt, welche die Kleider so intensiv imprägniren, dass sie bald unbrauchbar werden. Interessant ist der Hinweis des Patienten, dass es während seiner langjährigen Beschäftigung in der Fabrik nie vorgekommen ist, dass Leute erkrankt sind, welche nicht den Theerdämpfen ausgesetzt waren, sondern nur mit den sog. kalten Producten zu thun hatten. Am ganzen Körper des Patienten zeigt sich eine ausserordentlich starke Entwickelung von comedonenartigen Knötchen, welche einen atheromartigen Brei entleeren. Auf der Vorderfläche des Scrotum ist, nach beiden Seiten sich erstreckend, ein apfelgrosser circumscripter Tumor, der die Haut pilzförmig überragt und auf einem Stiele sitzt.

2) Alte Schussverletzung. Am 2. IX. 1870 traf ein Granatsplitter das linke Jochbein. Die Wunde wurde mit Heftpflaster bedeckt und machte keine Beschwerden, so dass Patient im Kriege weiter thätig war. 1872 brach die vernarbte Wunde wieder auf und wuchs allmählich, oberflächlich nässend, bis sie 1884 Markstückgrösse erreicht hatte. Damals wurde die Geschwürsfläche excidirt und heilte bald zu. 1886 brach sie wiederum auf und vergrösserte sich schnell bis zu Thalergrösse, wurde wieder excidirt und der Defect plastisch verdeckt. Bis 1891 war Patient von Beschwerden frei. Dann trat wieder plötzliche Anschwellung ein, es entwickelte sich ein grosser Tumor, der 1892 durch den harten Gaumen in die Mundhöhle durchbrach. Zur Zeit besteht ein Defect des Körpers des Unterkiefers. An der Mundschleimhaut sieht man einen thalergrossen Defect, dessen Ränder deutlich nekrotische Knochen aufweisen.

3) Carcinom des Unterschenkels. 58jähriger Mann. Im Jahre 1864 knickte bei einem Sprung der Fuss um. Die auftretende Schwellung wurde „energisch" behandelt. Patient giebt an, dass er seitdem am Orte der Verletzung stets eine nässende Stelle gehabt hat. Das zog sich hin bis zum Jahre 1891, wo mit einem Male die Geschwürsfläche einen anderen Charakter zeigte. Intensiv schnell wuchs ein Tumor heran, sowohl in die Breite wie in die Höhe. Er nahm einen solchen Umfang an, dass schliesslich der Unterschenkel amputirt werden musste.

Tagesordnung. Herr **Fürbringer:** Ueber ein **neues eiweissreiches und billiges Nahrungsmittel.**

Das Mittel ist das Product einer sehr alten Culturpflanze, die seit vielen Jahren in grossartigem Maassstabe in Amerika, Afrika, Asien angebaut wird und in diesen Erdtheilen als beliebtes Genussmittel gilt. Auch in unseren Delicatessenhandlungen ist sie seit Jahren vorräthig. Es ist die Peanut (Erdnuss). Die Pflanze heisst Arachys hypogaea und hat die Eigenthümlichkeit, dass sie die Früchte unter der Erde treibt, indem sich nach dem Abblühen der Blüthenstiel in die Erde senkt und hier der Fruchtknoten die Frucht entwickelt. Sie enthalten in der Schale je 2 Samen mit violetter Schale. Der Geschmack erinnert an rohe Bohnen. Das Mehl geht unter dem Namen der Erdnussgrütze und wird auf dem Wege der partiellen Entfettung der Erdnüsse gewonnen. Der Eiweissgehalt der Grütze steht bei weitem über demjenigen unserer proteïnreichen Leguminosen, ja sogar der Sojabohne; er beträgt nämlich nicht weniger als 47 Proc., ferner 19 Proc. Fett und viele N-freie Substanzen. Der Preis ist 40 Pfennig für das Kilogramm. Es handelt sich somit um das billigste und kräftigste Nährmittel, welches wir kennen. Deshalb hat F. einige praktische Versuche mit dem Mittel gemacht. Das trockene Material ist ungeeignet zur Ernährung. Die hergestellte Suppe erinnert sehr an Hafermehlsuppe, auch im Geschmack. Man nimmt 25—52,0 zu einer Suppe, welche demnach 1—2 Pfennig kostet. F. hat 600 Portionen im Krankenhause Friedrichshain verabfolgen lassen. Resultat: die Hälfte nahm die Suppe sehr gern und vertrug sie gut, darunter Dyspeptiker und Carcinomatöse, die kleinere Hälfte fand die Suppe leidlich, nur der Rest (12, sämmtlich Frauen!) fand sie so widerlich und ekelerregend, dass sie nicht mehr zum Genusse zu bewegen waren. Auf den Stuhl war kein Einfluss. Während der Geschmack des trockenen Präparates ein angenehmer ist, wurde der Geschmack der Suppe von denjenigen, die etwas zu moniren hatten, als „ranzig" bezeichnet. Dieser ranzige Geschmack findet sich auch bei einem anderen Präparat, dem Erdnusskuchen. Ueber die Haltbarkeit kann F. noch nichts aussagen, da die Versuche erst vor wenigen Monaten begonnen wurden und in die kalte Jahreszeit fallen. Was die Ausnutzung betrifft, so wurde das trockene Präparat unverändert im Stuhle wiedergefunden, hingegen war der Stuhl bei Genuss der verdickten Erdnussgrütze vollkommen eiweissfrei. Insbesondere möchte F. das Mittel für Fettleibige und Diabetiker empfehlen, ferner zur Vornahme der Playfair'schen Cur. Grosse Bedeutung wird es ferner haben als Volksnahrungsmittel für Gefängnisse, Volksküchen etc. Man bedenke, dass man für 1 Pfennig 12 gr Eiweiss hat! Der Preis wird durch die Herabsetzung des Zolls, die in Aussicht steht, noch billiger werden.

In der Discussion bemerkt Herr Leppmann, dass er dem Mittel von vornherein ein gewisses Misstrauen entgegenbringt, auf Grund der von ihm unter den einfachsten Verhältnissen der Gefangenenernährung gemachten Erfahrungen. Es sind in letzter Zeit so viele neue Mittel empfohlen worden, dass wir sehr misstrauisch geworden sind und es als Grundprincip hinstellen, dass bei einer so einfachen und billigen Ernährung, wie es die Gefangenenkost sein muss, wir kein Mittel brauchen können, dem auch nur die Spur eines üblen Geschmackes anhaftet. Deshalb haben wir auch mit dem Aleuronat brechen müssen, einem reinen Pflanzeneiweiss, welches zu billigstem Preise ein verdauliches und völlig ausnutzbares Eiweiss liefert. Wir mussten die Versuche aufgeben, weil das Aleuronat der Kost einen Nachgeschmack gab und weil unsere Breiformen durch Vermischung mit dem Aleuronat zu dünn wurden. Auch bezüglich des Preises darf man sich nicht zu grossen Erwartungen hingeben: denn der Preis der Volksernährung ist auch unter heutigen Verhältnissen so billig, dass wir an der Gefangenenkost nicht rütteln wollen. Er beträgt nämlich 29 Pfennig pro Kopf und Tag. Dabei erhält der Sträfling 750,0 Brod, 1—1½ Liter breiige Kostform, ½ Liter Morgens, ½ Liter Abends und als Verstärkung noch per Woche 100 g Käse, einmal Häring, 150,0 Speck, einmal 150,0 Seefisch; wir geben, fast genau entsprechend der Voit'schen Formel, 50,0 Fett, 533,0 Kohlehydrate, 100,0 Eiweiss. Das animalische Eiweiss geben wir als appetitreizendes Mittel. Es wird zerfasert dem Brei zugefügt. Deshalb wünscht L., dass man von dem neuen Mittel, unbeschadet seiner Bedeutung für Kranke, Schwache etc., zur Benutzung für die Volksernährung absieht.

Sitzung vom 15. Februar 1893.

Vor der Tagesordnung. Herr **Kirstein** stellt einen Kranken vor, der eine bemerkenswerthe Veränderung der Rückenhaut darbietet, welche in ihrem Charakter genau den Striae gravidarum entspricht.

18jähriger Bahnarbeiter, aus gesunder Familie, selbst gesund bis October vorigen Jahres, wo er an einer schweren Perityphlitis erkrankte, welche nach der Besserung recidivirte. Im Januar dieses Jahres bemerkte er plötzlich auf dem Rücken ein Gefühl von Kriebeln und unangenehmen ziehenden Empfindungen. Seine Mutter sah, dass er eine Anzahl Streifen auf dem Rücken hatte, die den Eindruck hervorriefen, „als ob er Stockprügel bekommen hätte". Die Streifen gehen in ähnlichem Verlaufe wie der Herpes zoster von den Rückenwirbeln nach dem Thorax und sind wesentlich auf die linke Seite beschränkt, gehen jedoch in einzelnen Ausläufern auf die rechte Seite über. Die Beschwerden haben in letzter Zeit nachgelassen, doch ist Patient im Anschluss an seine Perityphlitis kränklich geblieben, leidet an Fieberanfällen, Urin ist dunkel und hochgestellt, specifisch schwer; Patient leidet auch an Durchfällen. Vom perityphlitischen Exsudat ist nichts mehr vorhanden. Wahrscheinlich leidet Patient an einer tuberculösen Darmaffection. In der Lunge ist nichts nachzuweisen. Von einer mechanischen Ursache, wie sie die Erklärung für die Striae gravidarum abgiebt, ist hier keine Rede; auch Wassersucht ist nicht im Spiele. Es wird überhaupt die Frage sein, ob es sich um Dehnung handelt oder um einen atrophischen Process. In der Literatur sind 14 Fälle bekannt, von denen Ascherson 1835 die beiden ersten, beide bei Typhuskranken, beschrieb. Auch in sämmt-

lichen 12 anderen Fällen handelt es sich ausnahmslos um schwere Darmaffectionen. Senator beobachtete 1877 einen Mann, der im Kriege 1870 an Ruhr gelitten, eine Strictur des Darms sich zugezogen und seitdem viel mit Darmbeschwerden zu kämpfen hatte. Derselbe litt an genau derselben Affection der Rückenhaut wie der vorgestellte Fall. Uebrigens erinnern die Localisation und die subjectiven Empfindungen ja sehr an Herpes zoster, so dass man vielleicht eine Trophoneurose annehmen kann.

Herr **Hansemann** demonstrirt im Anschluss an die von den Herren P. Guttmann und Abel früher mitgetheilten Fälle (s. Nr. 50, 1892 und No. 6, 1893) eine congenitale Zwerchfellshernie bei einem ausgetragenen Kind, das noch 4 Stunden geathmet hat und unter den Erscheinungen der Cyanose gestorben ist. Im Abdomen finden wir von den intraperitonealen Organen nur Leber und Colon asc. Alles Uebrige ist durch den Zwerchfellsdefect in die linke Pleurahöhle eingetreten und füllt dieselbe so vollständig aus, dass von der linken Lunge nichts als ein kleiner Körper vorhanden ist, der oben hinten an die Wirbelsäule gedrängt ist. Das Herz liegt völlig auf der rechten Seite und comprimirt die rechte Lunge derartig, dass nur ein kleiner Theil der oberen Partie athmungsfähig war.

Herr **Schlange** stellt ein 10jähriges Mädchen vor, an dem vor 7 Jahren die Cricotracheotomie vollzogen wurde. Die Canüle war nicht zu entfernen; das Kind trug dieselbe 3 Jahre, kam dann in die chirurgische Klinik, wo die Canüle entfernt wurde. Wir fanden einen grossen Defect in der Trachealgegend und an der Stelle der Cartil. cricoid. eine starke Stenose. Wir gaben uns grosse Mühe mit Incisionen und Dilatationen, ohne sonderliche Erfolge; das Kind wurde weggeholt. Heute sah ich das Kind zufällig wieder und war, da ich es vollkommen aphonisch erwartete, nicht wenig erstaunt, als es mir, nach dem Namen befragt, laut und deutlich denselben sagte. (Dasselbe geschieht auch bei der Vorstellung.) Sie soll auch Tüchtiges im Gesange leisten und beim Spielen manche ihrer Genossinnen durch ihre Stimme übertönen. Diesen grossen Erfolg hat das Kind durch das einfachste Mittel der Welt erreicht: es legt beim Sprechen das Kinn auf den Defect und verschliesst so denselben.

Herr **Adler** demonstrirt 1) eine sog. paranephritische Cyste, die einem 60jähr. Manne entfernt wurde, 2) ein Cystosarcom der linken Niere, welches durch peritoneale Nephrectomie entfernt wurde.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn **R. Virchow: Ueber die angebliche Entstehung des Typhus durch Rieselwasser.** (s. vor. Nr.)

Herr Fürbringer bemerkt, dass von den Patienten, auf denen der Verdacht lag, dass sie Rieselwasser getrunken hätten, 4 vom Juni bis August im Krankenhaus Friedrichshain behandelt wurden. Sämmtliche litten an Typhus abdominalis; 1 starb, 3 sind geheilt. Keiner hat bei der Anamnese erklärt, Rieselwasser getrunken zu haben. 2 wurden noch nachträglich sorgfältig explorirt und erklärten mit aller Bestimmtheit, niemals Rieselwasser getrunken zu haben. Anhaltpunkte für die Unglaubwürdigkeit ergaben sich nicht.

Herr P. Guttmann wendet sich in seinen Ausführungen ebenfalls gegen Schaefer. Letzterer hat im J. 1891 7 angeblich durch Trinken von Rieselwasser entstandene Typhuserkrankungen gemeldet. Diese Meldung gab zu eingehenden Recherchen Veranlassung, deren Resultat in einem amtlichen Bericht niedergelegt wurde. Aus demselben geht hervor, dass für sämmtliche Fälle der Beweis nicht erbracht ist, dass sie durch Drainwasser entstanden seien; ja für mehrere dieser Fälle ist das Gegentheil nachgewiesen. Ein Fall scheidet aus, weil er überhaupt kein Drainwasser getrunken hat. Ein anderer Fall ist kurz nach dem Trinken erkrankt; nehmen wir hier einen, 2, ja 3 oder sogar 4 Tage an, so liegt darin eingeschlossen, auf Grund unserer Kenntnisse über die Incubationsdauer des Typhus, dass in diesem Falle das Trinken den Typhus unmöglich erzeugt haben kann. Denn jene beträgt 7 bis 14 Tage. Ebenso verhalten sich 2 andere Fälle. Es bleiben nur noch 3 Fälle. Davon sind 2 nach 3 Wochen erkrankt; es ist aber sehr zweifelhaft, ob vom Moment der Infection bis zur Erkrankung jemals so viel Zeit verstreicht. Es bleibt übrig ein letzter Fall, der nach 8 Tagen erkrankt ist: doch waren gerade zu derselben Zeit Spontanerkrankungen an Typhus in der Gegend vorgekommen. — Es wurde ferner durch Prof. Salkowski's bakteriologische und chemische Untersuchungen nachgewiesen, dass das Wasser gut ist und selbst strengen Anforderungen in Bezug auf die Höhe des Keimgehaltes genügt. Vor Allem wurden nie Typhusbacillen darin gefunden. Trotzdem ist aus Vorsicht vor dem Genuss des Drainwassers gewarnt worden. Es bauen sich somit die Anschuldigungen Schaefer's, dass Typhuserkrankungen durch den Genuss von Rieselwasser entstanden sind, auf nichts weiter als auf nichtigen Hypothesen auf und man muss energischen Protest erheben, auf Grund obiger amtlichen Mittheilungen, wenn Herr Schaefer das Wort gebraucht: die Rieselfelder seien gemeingefährlich.

Herr Klemperer lässt die Frage, ob durch die Canalisationen Typuskeime nach den Rieselfeldern verschleppt werden können, offen und betont, dass der wirksamste Schutz gegen jede Gefahr die Desinfection der Stühle sei.

Herr Schaefer bemerkt, dass bei denjenigen Typhusfällen, welche nach der Charité kamen, ihm Herr Prof. Gerhardt direct bestätigt hat, dass sie höchst wahrscheinlich durch Genuss von Drainwasser krank geworden sind.

Herr Janicke erwähnt, dass man auch auf andere Weise als durch Trinken, z. B. durch Waschen mit infectiösem Wasser, durch Hunde etc. angesteckt werden kann.

Herr Virchow: Herr Schäfer beklagte sich darüber, dass, nachdem er die Meldungen von den Typhuserkrankungen gemacht habe, man die Recherchen durch einen untergeordneten Beamten hätte ausführen lassen, dass gewissermaassen ein praktischer Arzt durch einen solchen Beamten controlirt wurde. Ich hätte damit einen starken Verstoss gegen die Collegialität begangen. Sie Alle, meine Herren, werden beurtheilen können, ob ich hierzu fähig bin. Sie können aus diesem Beispiel ersehen, mit welcher Bequemlichkeit Herr Sch. seine Beispiele sich zurechtlegt. Nach seinem Bericht haben die Erkrankungen, um welche es sich handelt, vom 20. September bis zum 2. November stattgefunden. Damals hat er noch nichts mitgetheilt, sondern erst am 28. November, also 26 Tage, nachdem der letzte Fall eingetreten war! Obwohl er in diesem Schreiben die Erwartung aussprach, dass die städtische Verwaltung eine genaue Untersuchung anstellen möge, hat er von keinem einzigen Falle den Namen oder die Adresse mitgetheilt, sondern nur die Thatsache, dass die Fälle vorgekommen seien. Man wandte sich an Herrn Sch. mit der Bitte, die Adresse anzugeben. Collegialer konnten wir doch nicht sein? Herr Sch. brauchte sehr lange Zeit, um dieser Bitte zu entsprechen, indem er erst am 18. Januar (!) seine Erklärungen abgab. Vom 1. December bis zum 18. Januar fehlte der städt. Verwaltung jede Kenntniss, um welche Personen es sich eigentlich handelte. Wir haben an die städtischen Gutsverwaltungen geschrieben und sie gebeten, herauszukundschaften, wer die Erkrankten wohl gewesen sind. Wir benutzten zu den Erkundigungen einen Rieselmeister. Wir müssen in einem solchen Falle die gewöhnlichen Organe, welche uns zur Hand sind, nehmen, wenn uns die einzige berufene Person im Stich lässt. Ein solches Verfahren, wie es Herrn Sch. beliebte, ist mir noch nicht vorgekommen. Wenn er eine Anzeige machte, so musste er Alles thun, um die Sache zu beweisen. Er hätte uns doch vom 20. September bis zum November irgend welche Mittheilungen machen sollen; dann wäre es vielleicht möglich gewesen, Typhusbacillen nachzuweisen. Das Verfahren des Herrn Sch. der Behörde gegenüber bei Gelegenheit einer Epidemie ist geradezu unerhört. Sonderbar ist es, dass Herr Sch. in seinem Schreiben bemerkt, er habe die Absicht, die Sache literarisch zu verwerthen. Wenn Jemand, der so direct betheiligt ist, dies machen will, so ist er wohl kaum fähig, die Sache so unparteiisch klar zu legen, als es nothwendig ist. — Wir alle wissen, dass die Anzeigen der Kreisphysiker auf dem Lande, wie in den Städten, sehr unvollständig sind, dass die ärztlichen Beamten nicht im Stande sind, ein sicheres Bild der vorkommenden Krankheiten zu liefern. Herr Philipp, der Physicus in dem fraglichen Kreise, theilte seiner Zeit in seinem Berichte mit, dass 53 Typhuserkrankungen vorkamen, abgesehen von den Fällen des Herrn Schäfer, im Ganzen also 60. Aus dieser Zahl von 60 Fällen greift Herr Sch. 7 resp. 6 heraus (der eine Fall zählt nicht mit, weil er notorisch kein Drainwasser getrunken hat). Also 10 Proc. bilden den Gegenstand seiner Klagen. Um die andern 90 Proc. kümmert er sich nicht. Wir konnten nicht allen Einzelfällen nachgehen. Aber wenn man ätiologisch untersuchen will, so kann man doch nicht solche Fragen stellen, welche sich auf einen kleinen Theil von Leuten beziehen innerhalb eines grossen Kreises von Erkrankungen. In Rüdersdorf z. B. sind viel mehr Erkrankungen vorgekommen, als an irgend einer Stelle im Kreise und doch liegt dieser Ort weit abwärts von jeder Möglichkeit, von den Rieselfeldern beeinflusst zu werden. Es muss also seinen Typhus aus einer andern Quelle bekommen haben. Typhus kann man ja auf verschiedene Weise bekommen, ob auf die Weise, wie Herr Jaenicke „vorgeschlagen" hat, ist mehr als fraglich. Indes will ich daran erinnern, dass es noch nicht lange her ist, wo hervorragende Aetiologen die Luft als Träger des Infectionsstoffes bei Typhus betrachteten, und auch heute ist die Luft nur deshalb abgesetzt worden, weil man Typhusbacillen für zu schwer hält, als dass sie sich in der Luft ohne besondere Anstösse bewegen könnten, Indes, wir haben es erlebt, es herrschte zu einer gewissen Zeit eine gewisse Neigung der Interpretation. Einmal ist Pettenkofer oben auf und dann wieder „ganz unten drunter". Die Theoreme schwanken auf das alleräusserste und wir nüchternen Leute, welche wir auf dem Boden der Erfahrung fortzukommen suchen, machen es eigentlich zu keiner Zeit einem von Beiden recht. Ich gehörte stets zu diesen nüchternen Leuten. Während der Zeit, als Pettenkofer mit Feuer und Schwert gegen Alle vorging. welche seine Anschauungen nicht theilten, habe ich nachgewiesen, dass in der That von Brunnen Verseuchungen ausgehen und Epidemien sich durch Wasser verbreiten könnten. Aber diese Möglichkeiten sind nicht immer so stark, wie in jedem Augenblick die Theorie ist. Vorläufig müssen wir daran festhalten, dass die Krankheit contagiös ist, ob blos contagiös dadurch, dass Bacillen in's Wasser übergehen und mitgetrunken werden, ist noch nicht ausgemacht. Es kann Jemand ja auch auf andere Weise einen solchen Bacillus in den Mund schmieren, er kann etwas essen oder durch die Wäsche zu dem Bacillus kommen. Wir wissen das aber nicht Alles so detaillirt, dass wir bis auf die letzte Feinheit der Sache zurückgehen könnten. Es bleibt uns vorläufig nichts anderes übrig, als in einem gewissen gröberen Rahmen zu bleiben. Wenn also in einem grösseren Kreise der Typhus heerdweise verbreitet ist, so muss ich mir sagen, es müssen gewisse Verhältnisse vorhanden sein, welche mehr oder weniger die Uebertragung auf verschiedene Ortschaften ermöglichen, sagen wir „Contagium". Einige werden

sagen: das ist eine sehr schlechte Erklärung. Indes jeder praktische Arzt sollte sich sagen, dass wir uns mit diesem groben „Contagium" begnügen müssen, weil wir nicht in jedem Falle einzeln nachweisen können, wie der Fall entstanden ist, ob Jemand getrunken oder gegessen oder „sich den Finger abgelutscht" hat. Es heisst meiner Meinung nach eine falsche Exactheit in diese Dinge hineintragen, wenn man sich so anstellt, als ob blos durch den Umstand, dass nicht nachgewiesen werden kann, wie eine Person erkrankt ist, ausgeschlossen werden soll, dass sie durch Contagion die Krankheit bekommen hat. Daher ist die Fragestellung von Herrn Sch. präjudicirt. Er fragt weiter nichts, als: ist das Wasser anzuschuldigen? und sagt, weiter könne nichts angeschuldigt werden. Das ist seine ganze Beweisführung. Ist irgend ein Beweis beigebracht worden, dass dieses Wasser Typhus machte oder dass es überhaupt schädlich sei? Nicht eine einzige Thatsache liegt hierfür vor. Es muss davor gewarnt werden, diese Art von Beweisführung Platz greifen zu lassen und damit zu dem horriblen Schlusse zu kommen, zu welchem Herr Sch. gekommen ist. Dann müsste ja die Stadt morgen schon ihre Rieselfelderwirthschaft aufgeben und eine neue Methode der Abwässerreinigung einführen. Legen Sie auf jene 6 Fälle so viel Werth, als Sie wollen, Sie können die andere Thatsache nicht entkräften, dass auf unseren sämmtlichen Rieselgütern, mit Ausnahme eines Falles von Malchow, wo eine Brunnenverunreinigung vorlag, auch nicht ein einziger Typhusfall vorgekommen ist. So lange die Rieselfelder sich einer besseren Gesundheit erfreuen, als die Stadt selbst, so lange werden wir doch wohl genöthigt sein, an dem System festzuhalten, das wir gegenwärtig haben. Das System lässt manche Verbesserungen zu und alle Anstrengungen der Behörde sind hierauf gerichtet. Hierbei bemerke ich, dass aus den Mittheilungen, die wir gestern von Dr. Reuter aus Malchow erhielten, hervorgeht, dass bei der mit grösster Sorgfalt ausgeführten Untersuchung des Drainwassers keine Spur von einem Typhusbacillus gefunden wurde. Was die Verunreinigung des Wassers betrifft, so müssen wir uns doch fragen, ob denn jeder einzelne aufgefundene Bacillus ein ausreichender Grund ist für eine grosse Revolution in einem System. Es muss erst untersucht werden, was wir noch nicht wissen, wie viel dazu gehört, um durch Einführung eines oder mehrerer Bacillen Typhus im Körper zu erzeugen. Aber die Untersuchung muss immer so geführt werden, dass auch immer eine causa sufficiens gefunden wird, eine ausreichende, nicht bloss eine theoretische causa. Darüber lässt sich nachher noch weiter streiten. Ich möchte diejenigen Herren, welche sich dafür interessiren, bitten, diese Seite der Frage experimentell zu prüfen. — In Beziehung auf die andere Frage, welche neulich besprochen wurde, das Verhältniss von Cholera asiatica zu Cholera nostras, möchte ich es für zweckmässig halten, darauf bei einer anderen Gelegenheit zurückzukommen. Sollte es uns gelingen, in die Beurtheilung der Ursachen etwas mehr Methode zu bringen und nicht die Leichtgläubigkeit sich ausbreiten zu lassen, die ja allerdings so nahe liegt, insofern aus ein paar neben einander liegenden Erfahrungen ein zusammenhängendes Verhältniss hergestellt wird, so würde das für die Welt ausserordentlich glückbringend sein. Denn nichts ist schlimmer, als wenn eine grosse Aengstlichkeit in die Bevölkerung hineingetragen wird und man beim Genuss eines jeden Schlucks Wasser Furcht haben soll, zu erkranken. (Lebhafter Beifall.)

Ludwig Friedlaender.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 6. Februar 1893.

(Schluss.)

Herr **Rothmann** jun. stellt einen Fall von **Morbus Basedowii** vor. Die Anschauungen über diese Krankheit haben in letzter Zeit eine Wandelung erfahren. Man nimmt eine Erkrankung des Centralnervensystems als Ausgangspunkt an. Es sind eine Anzahl Fälle beschrieben, wo die Hirnnerven, namentlich die Augenmuskelnerven, befallen waren. Die frühere Auffassung, dass dies auf Drucklähmung beruhe, kann nach spätern Beobachtungen nicht zu Recht bestehen. Auch an eine periphere Lähmung ist nicht zu denken. In allen diesen Fällen musste man an eine nucleare Erkrankung denken. Man dachte daran, dass die Erkrankung in der Nähe des Vagus-Centrums zu suchen sei. In letzter Zeit hat man zwei Beobachtungen gemacht, bei denen Blutungen in der Gegend des Abducenskerns in die Corpp. restiformia stattgefunden hatten, auch hat Mendel einen Fall beobachtet, wo auf einer Seite die Corpp. restiformia, auf der andern Seite das solitäre Bündel vollkommen atrophisch waren. Eine Erkrankung der Hirnnerven würde dann auf eine Polioencephalitis zurückzuführen sein. — Bei dem vorgestellten Kranken finden sich neben Tachycardie, Struma, Enophthalmus, Stellwag'sches Symptom, Nachtschweissen, Zittern, verschiedene Hirnnerven erkrankt (Oculomotorius, Hypoglossus, Abducens, Facialis).

In der Discussion wird die Diagnose M. Bas. von Herrn Goldscheider angezweifelt. Er bemerkt, dass die von Herrn R. aus der Literatur angeführten Fälle anfechtbar seien, ferner dass die Neurose M. Bas. nicht mit der Trias von Symptomen, welche bei der Durchschneidung der Corpp. restiformia erzeugt werde, identisch sei.

Herr P. Guttmann theilt die Bedenken des Vorredners in Bezug auf die Authenticität der aus der Literatur mitgetheilten Fälle, möchte aber die Diagnose M. Bas. aufrecht erhalten wissen. Er macht auf ein Symptom aufmerksam, welches früher nicht beobachtet wurde und das er in einer erheblichen Zahl von Fällen regelmässig gefunden hat: Wenn man eine Struma bei M. Bas. auscultirt, so wird man stets nicht blos den Puls der erweiterten Arterien der Schilddrüse, der als herzsystolisches Geräusch zu erklären ist, hören, sondern auch, namentlich bei einer Drehung des Kopfes nach der der zu auscultirenden entgegengesetzten Seite, ein Venengeräusch. Das kommt bei einer einfachen Struma resp. bei anderen Krankheiten, die mit Struma einhergehen und nicht M. Bas. sind, nie vor.

Herr Senator hält in diesem Falle die Diagnose M. Bas. ebenfalls für anfechtbar. Es fehlen namentlich die Allgemeinerscheinungen. Auch der Leitungswiderstand der Haut ist bei M. Bas. herabgesetzt; das scheint hier aber nicht der Fall zu sein.

Herr Rothmann glaubt, dass der Schweissausbruch von dem geringen Leitungswiderstand der Haut herrührt. Psychische Veränderungen sind allerdings nicht vorhanden; gleichwohl dürfte die Diagnose, wenn man alle Symptome zusammenfasst, nicht zweifelhaft sein.

Herr **A. Schmidt** (I. med. Klinik) macht interessante Mittheilungen über farbenanalytische Untersuchungen, welche er mit der sog. triaciden Mischung Ehrlich's an dem Sputum der Pneumonie und der Bronchitis angestellt hat. Es stellte sich regelmässig heraus, dass ersteres roth, letzteres grün oder gelblich oder grau gefärbt wurde. Die Rothfärbung des pneumonischen Sputums kommt aber nicht von der rothbraunen Farbe her, sondern wird auch erzielt, wenn das pneumonische Sputum grau ist. Diese Verschiedenheit der Färbung, welcher man eine diagnostische Bedeutung zumessen kann, wird wahrscheinlich durch die verschiedene chemische Beschaffenheit der Substanzen bedingt: die Grundsubstanz des pneumonischen Sputums enthält zum grössten Theile Eiweiss und zum geringsten Theil Mucin; gerade umgekehrt ist es beim bronchitischen Sputum. Herr Senator bestätigt, dass die Verschiedenheit in der Färbung von Eiweiss und Mucin schon länger bekannt ist und dass ersteres sich stets roth, letzteres sich grün färbt.

Tagesordnung: Discussion über den Vortrag des Herrn Goldscheider über Poliomyelitis anterior (s. Nummer 6). Es betheiligen sich die Herren Lippmann und Leyden.

Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 30. Januar 1893.

(Schluss.)

Herr **Th. Sommerfeld: Die Berufskrankheiten der Porzellanarbeiter.**

Die technischen Proceduren der Porzellanfabrication umfassen 1) das Zerkleinern und Mischen der Materialien, 2) die Verwandlung derselben in eine bildsame Masse, 3) die Formgebung, 4) das Brennen, 5) das Glasiren, 6) das Bemalen. Die natürlichen Rohstoffe sind Porzellanerde (Kaolin) und Feldspath. Zur Herstellung der Chamottekapseln dienen feuerfester Thon und Chamotte, zur Fabrication der Glasur Quarzsand mit einem Zusatze von Marmor und gebrannten Porzellanscherben. Das Mischen des Feldspaths mit dem Kaolin geschieht ohne Staubentwickelung auf nassem Wege. Grosse Staubmassen entwickeln sich bei der Herstellung der Glasurmasse beim offenen Sieben der fein gepulverten Porzellanscherben, beim Mischen des feuerfesten Thons mit der Chamotte und namentlich beim Abstauben und Abkratzen der Glasur. Auch die Brenner leiden unter dem Staube beim Abstauben der in die Chamottekapseln einzusendenden Porzellanwaaren, mehr jedoch unter der strahlenden Wärme und den Temperaturdifferenzen beim Ausräumen der Oefen, die Maler ebenfalls nicht unter dem Staube, aber gleichzeitig mit den Formern und Drehern unter der Einwirkung der schlechten Körperhaltung, die sie bei der Arbeit dauernd einnehmen müssen. — Die andauernde Einath-

mung reichlicher Mengen eines scharfen, mineralischen Staubes bedingt eine geringe durchschnittliche Lebensdauer und häufige Erkrankungen der Athmungsorgane. S. hat (neben Benützung des vorhandenen Materials) den grössten Theil der Arbeiter der königl. preuss. Porzellanmanufactur untersucht und festgestellt, dass das Durchschnittsalter 37,8 Jahre beträgt, während es von Anderen auf 41 resp. 42,5 angegeben wird. Von 5066 Krankheitsfällen betrafen 31 Proc. die Athmungsorgane (darunter 51,4 Proc. Lungentuberculose, 16 Proc. die Verdauungsorgane, 10 Proc. Rheumatismus etc.). Als Todesursache finden sich in der überwiegenden Mehrheit der Fälle Krankheiten der Lunge.

An erster Stelle hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit stehen die Glasirer (50 Proc), es folgen die Brenner (36,4 Proc.), die Schleifer (36,0 Proc.), Dreher und Former (35,0 Proc.), die Schlämmer (26 Proc.), Maler (23,7 Proc.) Die Sterblichkeit ist am grössten bei den Brennern (3,4 Proc.), es folgen Dreher und Former (2,35 Proc.), Schlämmer (2,0), Maler (1,6 Proc.). Die meisten Opfer durch Lungenkrankheiten stellen die Dreher und Former mit 89,5 Proc. der Todesfälle, Brenner mit 80 Proc., Maler mit 60 Proc.

S. erwähnt, dass die Statistik der Untersuchungen, welche er anstellte, bessere Verhältnisse ergab, als die eben erwähnte, gesammte Statistik. Bei den Arbeitern der Porzellanmanufactur, welche hygienisch gute Verhältnisse darbietet und gute Löhne zahlt, betrug die Sterblichkeit in den Jahren 1885—1892 um 1,03 Proc., die durchschnittliche Lebensdauer war 43,13 Jahre. — Die auffallend kurze Lebensdauer der Porzellanarbeiter, das häufige Auftreten der Lungenkrankheiten und die grosse Sterblichkeit an Lungentuberculose finden ihre Erklärung in den mannichfachen Schädlichkeiten dieser Industrie (Einathmung mineralischen Staubes, schlechte Körperhaltung, Ueberanstrengung durch ausgedehnte Arbeitszeit, dazu unzweckmässige Lebensweise). In Bezug auf die Staubentwickelung muss man unterscheiden zwischen dem Staube, der, bei den einzelnen Arbeitsverrichtungen sich entwickelnd, unmittelbar in die Lunge gelangt und dem Staub, mit welchem die Arbeitsräume dauernd erfüllt sind und die der Arbeiter auch dann einathmet, wenn er selber keinen Staub entwickelt. Letzterer Uebelstand lässt sich vielleicht durch geeignete Ventilationseinrichtungen vermeiden, ferner dadurch, dass die Arbeitsräume nicht mehr zu Trocken- und Lagerräumen der noch nicht gut gebrannten Porzellanwaaren benutzt werden. Die Entstehung des Staubes bei der Arbeit lässt sich vielleicht durch nasses Arbeiten, durch reichlichere Benutzung verdeckter Behälter und durch Tragen eines geeigneten Respirators vermeiden. Eine Besserung wäre auch erzielt, wenn der Kellergang, wo Feldspath und Scherben zerkleinert werden, mit einer Umfriedung versehen und wenn das Sieben der Scherben auch in kleinen Mengen nicht mehr in offenen Sieben geschähe. — Der Schädlichkeit der schlechten Körperhaltung sind besonders die Dreher, Former und Maler ausgesetzt. Welche Bedeutung diesem Umstande zukommt, ergiebt sich aus der Thatsache, dass die Maler, die fast nur unter dieser einen Schädlichkeit ihres Berufes leiden, doch zu 50 Proc. der Lungentuberculose anheimfallen. Allerdings ist hierbei noch in Betracht zu ziehen, dass gerade die Maler erfahrungsgemäss aus einem Contingent der schwächlichsten Personen hervorgehen. Auf Grund dieser Erscheinungen wird von S. gefordert, dass der Eintritt in gefährliche Berufsarten von einer ärztlichen Untersuchung der Lehrlinge abhängig gemacht wird und vor dem 16. Jahre überhaupt nicht zu gestatten ist. — Um die Wirkung der Staubeinathmung und der schlechten Körperhaltung einigermaassen zu mildern, sollten die Porzellanarbeiter sich in ihren Mussestunden viel in frischer Luft bewegen, Wirthshausbesuch einschränken und durch Lungengymnastik die Lungen systematisch an ergiebige Ausdehnungen gewöhnen. Auch der Einfluss ausgedehnter Arbeitszeit darf nicht unterschätzt werden. Die tägliche Arbeitsdauer schwankt zwischen 8 und 14 Stunden, beträgt im Durchschnitt 10,3 Stunden. Hierzu kommen an vielen Orten noch Ueberstunden, zuweilen bis zu 4 und 6 Stunden. Auch hier ist ein Wandel der Verhältnisse geboten und es wäre wünschenswerth, dass der Bundesrath von seiner Befugniss, in gefährlichen Betrieben die Arbeitsdauer festzusetzen, Gebrauch machte.

Herr **Dunker** demonstrirt einen neuen von ihm construirten Apparat zur Messung von Temperatur und Feuchtigkeit in Desinfectionsobjecten.

D. hat darauf hingewiesen, dass es bei einer zweckmässigen Desinfection nicht bloss auf die Erzielung einer hohen Temperatur ankommt, sondern dass, um sichere Resultate zu erhalten, es auch nothwendig ist, dass der Wasserdampf die zu desinficirenden Gegenstände bis in ihre innersten Theile hinreichend durchsetzt. Von dieser Grundanschauung ausgehend hat er eine Vorrichtung construirt, die darüber Nachricht giebt, ob bei einem Desinfectionsversuche mit Wasserdampf der Dampf auch alle Theile des zu desinficirenden Gegenstandes durchsetzt. Die Vorrichtung gründet sich auf die Erfahrung, dass Darmsaiten, hinreichend mit Wasserdampf gesättigt, schrumpfen. Mit Hilfe dieser Vorrichtung und bei gleichzeitiger Anwendung eines Wärmemessapparates (bei beiden werden unter bestimmten Verhältnissen elektrische Läutesignale ausgelöst) ist D. im Stande, sowohl die einzelnen Phasen einer Desinfection genauer zu überwachen, als auch während derselben anzugeben, ob dabei alle wesentlichen Bedingungen, die dafür in Frage kommen, erfüllt sind.

In derselben Sitzung fanden die Neuwahlen des Vorstandes der Gesellschaft statt. Der bisherige Vorstand wurde wiedergewählt. Er besteht aus den Herren: Geh. Oberregierungsrath Spinola, 1. Vorsitzender, Geh. Sanitätsrath Baer, 2. Vorsitzender, Stadtrath Marggraf, 3. Vorsitzender, Sanitätsrath Kalischer, Schriftführer, Medicinalassessor Schacht, Cassenwart. Ludwig Friedlaender.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 7. Februar 1893.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

(Schluss.)

Herr **Michael:** Zwei Fälle von **Missbildungen des äusseren Gehörorgans.** (Autoreferat.)

Obgleich oft Jahre vergehen, ohne dass man Gelegenheit hat, hochgradige Missbildungen des Gehörorgans zu sehen, stellten sich in meiner Poliklinik nach dem eigenthümlichen Gesetz von der Duplicität der Fälle zu gleicher Zeit zwei sehr exquisite Fälle dieser Anomalie vor, welche ich Ihnen hier demonstriren möchte. Bei beiden ist das eine Ohr, 1 mal rechts, 1 mal links, in auffallender Weise verkrüppelt. Bei beiden ist zugleich ein vollständiger Mangel des äusseren Gehörgangs zu constatiren. Bei beiden wird jedoch die Stimmgabel vom Kopf aus auf beiden Seiten gehört, so dass ein Bildungsmangel des nervösen Centralapparates nicht vorzuliegen scheint. Ueber die Verhältnisse der Trommelhöhle lässt sich natürlich in vivo nichts aussagen. Erfahrungsgemäss sind hier aber in solchen Fällen häufig bedeutendere Missbildungen, Fehlen des Trommelfells und der Gehörknöchelchen etc. vorhanden. Einen höchst interessanten Sectionsbefund beschrieb Allan Thomsen 1847. Er fand statt der drei Gehörknöchelchen nur einen geraden Stab, der von dem Trommelfell zum ovalen Fenster führte, also ein der Columella der Vögel analoges Gebilde. Daneben besteht noch bei beiden eine hochgradige Asymmetrie des Gesichts, welches auf der kranken Seite, sowohl bezüglich der Musculatur als des Skelettes, einen atrophischen Eindruck macht. Bei dem einen Patienten fängt auch das Haar auf der kranken Seite viel höher an als auf der gesunden.

Während die sogenannte Fistula auris congenita oft zu beobachten ist, sieht man so hochgradige Missbildungen glücklicher Weise nicht häufig, meist sind sie einseitig. Ich habe nur einmal eine doppelseitige beobachtet mit beiderseitiger Atresie der Gehörgänge. Nach Virchow sind derartige Missbildungen als Anomalien in der Schliessung der ersten Kiemenspalte aufzufassen.

Heredität konnte ich an zweien meiner Fälle nachweisen.

Wesentlich häufiger als der Bildungsmangel ist der Bildungsexcess in Gestalt sogenannter Nebenohren. Es sind dies kleine aus Netzknorpel bestehende Tumoren, welche mit Fett und Haut überzogen nahe den Ohren oder am Halse sitzen.

Während die Therapie der letzteren sehr einfach ist und in der Excision mit einem Scheerenschnitt besteht, sind die Bildungsmängel keiner Behandlung zugänglich. Alle Methoden, einen künstlichen Gehörgang zu schaffen, scheiterten an der hartnäckigen Wiederverwachsung. Bei vollständigem Mangel der Muschel kann man mit einer Prothese nachhelfen. Die Verfertigung solcher Prothesen bildet in den Ländern, wo das Ohrenabschneiden noch zum guten Ton gehört, einen besonderen Industriezweig.

Ich erlaube mir hier, eine Tafel mit verschiedenen anderen von mir beobachteter Missbildungen herumzugeben.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. Juli 1892.

Vorsitzender: Herr Heller.

Herr **Carl Koch** berichtet über einen Fall von **Darminvagination,** welchen er im hiesigen Kinderspitale am 3. Juli zu operiren Gelegenheit hatte.

Derselbe betraf ein 6 Monate altes Kind, das vor 4 Tagen an den Erscheinungen der Darmocclusion erkrankt war. Das Kind war kräftig entwickelt. Häufiges Erbrechen. Meteorismus mässig. In der linken Bauchhälfte eine unter dem Rippenbogen beginnende bis in's kleine Becken herabreichende wurstförmige Geschwulst zu fühlen. Vom Rectum aus lässt sich deutlich erkennen, dass es sich um eine Invagination handelt; denn man kann hier das invaginirte Darmstück leicht abtasten, wobei man das Gefühl hat, als palpire man eine Cervix uteri. Laparotomie. Nach Hervorwälzung der dünnen Gedärme zeigt sich eine kolossale Invagination und es ist das ganze Colon transversum, Colon ascendens, Coecum und Proc. vermiformis und noch der unterste Theil des Ileum in die Flexura coli sin. invaginirt. Die Desinvagination gelingt durch keinerlei Manipulationen; es reisst vielmehr trotz der dabei angewandten Vorsicht das Peritoneum mehrfach ein, so dass einige Nähte angelegt werden müssen. Die Resection des Darmes auszuführen, verbietet der Kräftezustand des Kindes; es werden darum die vorgefallenen Darmschlingen wieder zurückgebracht und ein Anus praeternaturalis angelegt. Das Kind stirbt in der Nacht nach der Operation.

Herr **Simon** theilt den Sectionsbefund von einer Frau mit, welche 3 Wochen vor ihrem Tode wegen eines weit fortgeschrittenen Uteruscarcinoms einen Selbstmordversuch gemacht.

Sie hatte sich, über einer Abortgrube stehend, mittelst eines 7 mm Revolvers in die Herzgegend geschossen, war in die Grube gestürzt, wurde aber in Folge ihres Schreiens sofort gefunden und ärztlicher Hülfe übergeben. Die Einschussöffnung fand sich am unteren Rand der 5. Rippe links in der Mammillarlinie — Blutung fand nicht statt, überhaupt deuteten klinische Erscheinungen nicht darauf hin, dass ein inneres Organ verletzt; es schien wahrscheinlicher, dass die Kugel auf der Rippe abgeglitten und gar nicht in den Thorax eingedrungen war. Um so auffallender war der Sectionsbefund, als die Frau an zunehmender Kachexie nach 3 Wochen gestorben war. Fieber und peritonitische Erscheinungen waren nicht vorhanden gewesen.

Die Section ergab, dass die Kugel den ganzen Körper in der Richtung von der Einschussöffnung zum linken Rand des 1. Lendenwirbels durchschlagen hatte. Auf ihrem Wege hatte sie den Herzbeutel dicht unter der Herzspitze durchbohrt, dann das Zwerchfell, den linken Leberlappen, vordere und hintere Wand des Magens, Pankreas, wo sich ein grosses Blutcoagulum fand, war, nachdem unter Streifung des oberen Pols der linken Niere die linke Kante des Lendenwirbels zerschmettert war, hier abgeprallt und wurde in dem retroperitonealen Fettgewebe hinter der Niere aufgefunden. Angesichts dieser vielfachen schweren Verletzungen erscheint das wochenlange Fehlen irgend erheblicher klinischer Symptome gewiss auffallend.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 10. Februar 1893.

Behandlung der Schwangerschafts-Albuminurie.

Jaccoud wendet seit 1872 die Milchdiät als Behandlung der während der Schwangerschaft auftretenden Albuminurie und als Prophylacticum gegen die Urämie an. Von Jahr zu Jahr hat sich in ihm die Ueberzeugung von der Unübertroffenheit dieses Mittels mehr bestärkt und nur in Fällen drohender Gefahr nahm er zuerst seine Zuflucht zu Abführmitteln (Drastica) oder zu der noch wirksameren Blutentziehung. Da nicht in der Albuminurie selbst die Gefahr liegt, sondern sie nur das Anzeichen der Gefahr, der drohenden Autointoxication ist, so muss nach Constatirung des Eiweissgehaltes sofort ausschliessliche Milchdiät eingeführt und bis nach der Entbindung beibehalten werden; wöchentlich mindestens einmal vorzunehmende Untersuchung des 24 stündigen Harns ist das einzige Mittel, Gewissheit über den Zustand der Harnorgane zu haben. Der Milchdiät fügte J. seit 1880 noch Sauerstoffinhalationen hinzu und zwar liess er bei leichter Albuminurie 30 Liter Sauerstoff täglich inhaliren, bei gesteigerter jedoch das doppelte bis dreifache dieser Dosis. Ferners sollte jede schwangere Frau, mit Albuminurie behaftet, sich sorgfältig vor jeder Erkältungsgefahr hüten, besonders vom 6. Monat ab; denn die Nieren werden dann vor Allem in Mitleidenschaft gezogen. Schliesslich räth er jeder Frau vom Beginne der Schwangerschaft gemischte Milchdiät an, um der Albuminurie vorzubeugen: 1—1½ Ltr. in 24 Stunden während der ersten 6 Monate, 2 Ltr. bis zum Schlusse mit allmählichem Herabgehen während der 6 Wochen nach der Entbindung. Von den 5 Fällen, wo diese prophylaktische Milchcur angewandt ward, waren 3 Frauen herzleidend; sie hatten nie Eiweiss im Harne und gebaren zur richtigen Zeit. St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 21. Febr. Das Seuchengesetz, dessen Entwurf nebst amtlicher Begründung unseren Lesern nunmehr dem Wortlaute nach bekannt ist, ist ohne Zweifel die für den ärztlichen Stand wichtigste Vorlage, die seit der Krankenversicherungs-Gesetzgebung dem deutschen Reichstage gemacht wurde. Von so einschneidender Bedeutung sind seine Bestimmungen für die Aerzte, vor Allem für die beamteten Aerzte, nicht minder aber auch für die Bevölkerung im Allgemeinen, wie für Handel und Verkehr, dass auch die Freunde der Vorlage ihr Bedauern nicht werden unterdrücken können über die Hast, mit der die schwierigen Fragen, welche das Gesetz aufwirft, der Entscheidung entgegengeführt werden sollen, ohne dass die berufenen Organe der Bundesregierungen auch nur die Möglichkeit gehabt hätten, dieselben zu prüfen und sich darüber zu äussern. Und warum diese Eile? In den Augen Derer, die in dem Beschränktbleiben der vorjährigen Choleraepidemie einen Triumph der ergriffenen Maassregeln erblicken, ist gewiss keine Gefahr auf Verzug, nachdem ein so erfolgreiches Eingreifen schon auf Grund der bestehenden Gesetze möglich war; Diejenigen aber, welche die Frage der Verbreitungsweise der Cholera für eine noch offene halten, müssen den gegenwärtigen Augenblick für die Schaffung eines Seuchengesetzes überhaupt für einen ungeeigneten erachten. Eine so grosse Dringlichkeit der Sache, die eine eingehende, allseitige Prüfung nicht zugelassen hätte, kann somit nicht zugegeben werden. Von diesen Bedenken abgesehen wird der Entwurf im Princip von den Aerzten, obwohl er denselben neue Pflichten und erhöhte Verantwortlichkeit auferlegt, im Interesse des allgemeinen Wohls gewiss nur sympathisch aufgenommen werden. Um so mehr wird dies der Fall sein, als der Entwurf sich anerkennenswerther Mässigung befleissigt und die bei den einzelnen Krankheiten zu ergreifenden Maassregeln nicht endgiltig feststellt, sondern nur den Behörden und dem Reich die gesetzliche Befugniss zur Anordnung aller wirksamen Vorkehrungen bei Ausbruch einer Epidemie ertheilt. Hierdurch wird es ermöglicht, die Schutzmaassregeln „mit den wechselnden Anschauungen der Wissenschaft beständig in Einklang zu halten und zu diesem Behuf auch in Einzelheiten rasch einer Umgestaltung unterwerfen zu können." Diese allgemeine Fassung des Entwurfs ermöglicht somit auch das alsbaldige Aufgeben contagionistischer Maassregeln gegen die Cholera, falls die Ereignisse die Unzweckmässigkeit solcher nachweisen würden. Ungeheuer ist die Verantwortlichkeit und die Arbeitsleistung, welche der Entwurf den beamteten Aerzten zuweist. Nicht nur eine Vermehrung des amtsärztlichen Personals wird, falls der Entwurf Gesetz wird, nothwendig sein, sondern auch seine Unabhängigmachung von der ärztlichen Praxis; denn von dem Amtsarzt, der gleichzeitig behandelnder Arzt ist, wird der Staat nicht jene Rücksichtslosigkeit des Vorgehens erwarten dürfen, welche zur richtigen Durchführung dieses Gesetzes gehört. Auch die künftige Stellung des Amtsarztes dem praktischen Arzte gegenüber wird mit der Ausübung ärztlicher Praxis seitens des ersteren unverträglich sein; denn die fortwährende Einmischung des Amtsarztes in die Praxis des praktischen Arztes, wie sie auf Grund des Gesetzes bei jedem Scharlach- oder Diphtheriefall stattfinden kann, würde zu unleidlichen Zuständen führen, wenn der Amtsarzt gleichzeitig der Concurrent des praktischen Arztes wäre. In diesem Punkte, wie in manchen anderen, dürften noch erhebliche Schwierigkeiten zu beseitigen sein. Es ist anzunehmen, dass der Entwurf, der z. Z. dem Bundesrath vorliegt, im Laufe des nächsten Monats zur ersten Berathung im Reichstage kommen wird; wir hoffen, dass vor der endgültigen Beschlussfassung dort, auch die ärztlichen Bezirksvereine sich mit der wichtgen Frage befassen werden.

— Der bayer. Obermedicinalausschuss tritt heute wegen der internationalen Sanitätsconferenz in Dresden zu einer Berathung zusammen. Berichterstatter ist Geheimrath Dr. v. Pettenkofer.

— In Nürnberg haben die Mitglieder der Gemeindekrankenversicherung jetzt, nachdem einige bisher ausserhalb des ärztlichen Bezirksvereins stehende Aerzte diesem beigetreten sind, die Auswahl unter **104** Aerzten, was einer vollen Durchführung der freien Arztwahl gleichkommt. In der Haupt- und Residenzstadt München mit 2 1/2 mal soviel Einwohnern ordiniren für die Gemeindekrankenversicherung **17** Aerzte! Die Folge dieses schreienden Missverhältnisses ist eine ungebührliche Ueberlastung der Cassenärzte, welche denselben die sorgfältige Untersuchung jedes einzelnen Falles sehr erschwert. Eine ausgiebige Vermehrung der für die Gemeindekrankenversicherung thätigen Aerzte, wenn nicht gleich die Einführung der freien Arztwahl, auch in München läge im Interesse der Versicherten, der Aerzte und der Bevölkerung überhaupt. Warum der Münchener Magistrat sich gegen eine solche noch immer sträubt, obwohl grössere finanzielle Schwierigkeiten kaum im Wege stehen dürften, ist in der That nicht ersichtlich.

— Cholera-Nachrichten. In Hamburg wurde nachträglich durch die bakteriologische Untersuchung bei einem am 3. Februar Erkrankten Cholera festgestellt. In der Woche vom 5.—11. Februar wurde kein Cholerafall beobachtet, die Zahl der Cholerinefälle für diese Woche betrug bei Kindern 10 (Zunahme gegen die Vorwoche 6), bei Erwachsenen 36 (Zunahme 1), die der Typhusfälle 28 (Zunahme 9). Auch seit dem 11. Februar ist bisher keine Choleraerkrankung gemeldet.

In Altona sind am 8. Februar 2 Todesfälle, am 11. Februar 2 Erkrankungen, darunter eine mit tödtlichem Ausgang constatirt worden; zur Anzeige gelangten ferner noch 4 choleraverdächtige Krankheitsfälle.

In Nietleben kamen am 8. Februar weitere 2, am 11. Februar 1 Choleratodesfall vor.

Ueber den Verlauf der Choleraepidemie in Marseille ist noch immer Nichts amtlich bekannt gegeben worden. Jedenfalls ist die Seuche sehr gelinde aufgetreten. Unter 35 in der Zeit vom 11. Februar Abends 6 Uhr bis 12. Februar Mittags 2 Uhr Verstorbenen befanden sich 8, welche unter choleraverdächtigen Symptomen gestorben waren. Nach einem Bericht des New-Yorker Herald soll der Gesundheitszustand der Bevölkerung von Marseille gegenwärtig ein sehr guter sein. Die Zahl der Todesfälle in Marseille vom 1. Januar bis 13. Februar soll sogar um 281 geringer sein als die für die gleiche Zeit des verflossenen Jahres.

Ueber die Cholerameldungen aus dem Auslande ist den Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes vom 15. Februar Folgendes zu entnehmen. In Galizien haben vom 22. Januar bis 4. Februar 2 Choleratodesfälle, in Budapest vom 22.—28. Januar 8 Erkrankungen (6 Todesfälle), vom 29. Januar bis 3. Februar 14 Erkrankungen (9 Todesfälle), im übrigen Ungarn 3 Cholerafälle stattgefunden. In den Niederlanden hat sich vom 15.—21. Januar 1 Todesfall ereignet, aus Russisch Polen wird amtlich unterm 30. Januar gemeldet, dass keine weiteren Cholerafälle mehr festgestellt wurden. P.

— Die Blattern-Epidemie in England und Schottland dauert fort; die zur Zeit am meisten befallenen Städte sind Manchester, Oldham, Halifax, Leicester und Glasgow; die Epidemie scheint sich jetzt nach den südwestlichen Grafschaften Englands zu verbreiten. Die Insassen der Logir- und Arbeitshäuser sind die Hauptträger der Infection. In Leicester, der Hochburg der Impfgegner, ist der Andrang zur Impfung noch immer ein so gewaltiger, dass die Aerzte ihm nur langsam zu genügen vermögen; man nimmt an, dass binnen Kurzem die gesammte Bevölkerung geimpft sein wird.

— Der deutsche Veterinärrath, der in der vorigen Woche in Berlin tagte, beschäftigte sich u. a. auch mit dem diagnostischen Werthe der Einspritzungen von Tuberculin und Mallëin. Bezüglich des ersteren wurde nach Vorträgen von Veterinärassessor Preusse-Danzig und Dr. Sticker-Köln folgende von Prof. Esser-Göttingen beantragte Resolution angenommen: I. Der deutsche Veterinärrath erklärt: 1) das Tuberculin ist nach den bisherigen Erfahrungen ein fast immer sicheres und deshalb sehr schätzenswerthes Diagnosticum der Rindertuberculose, 2) die grosse volkswirthschaftliche Bedeutung der Rindertuberculose lässt weitere, auf Staatskosten auszuführende Versuche von autoritativer Seite sehr wünschenswerth erscheinen. II. Der deutsche Veterinärrath spricht die Erwartung aus, dass die deutschen Thierärzte, sobald sie dazu Gelegenheit haben, mit Berücksichtigung der bewärten Verfahren eigene Versuche anstellen." Bezüglich der Mallëinfrage (Ref. Prof. Leonhardt-Frankfurt a. M.) wurde folgende Resolution angenommen: „Das Mallëin hat sich als ein ausserordentlich wichtiges Mittel für die Diagnose des Rotzes erwiesen und wird den Staatsbehörden und Thierärzten zur Beachtung empfohlen."

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 5. Jahreswoche, vom 29. Januar bis 4. Februar 1893, die grösste Sterblichkeit Mühlhausen i. E. mit 34,2, die geringste Sterblichkeit Lübeck mit 6,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Scharlach in Gera; an Diphtherie und Croup in Bielefeld, Braunschweig, Darmstadt, Duisburg, Essen, Mainz, Metz, Mühlhausen i. E., Osnabrück, Remscheid, Rostock.

— Der Vorstand der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte hat beschlossen, die 65. Naturforscher-Versammlung vom 11.—15. September d. J. in Nürnberg abzuhalten.

— Die XV. öffentliche Versammlung der Balneologischen Gesellschaft wird, wie schon mitgetheilt, vom 10.—14. März in Berlin stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen Vorträge der Herren Liebreich, Leyden, Fürbringer, Dührssen u. A.

— Nachdem im vorigen Jahre in Folge des Auftretens der Cholera in Deutschland die Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, wie alle anderen Wanderversammlungen, hat ausfallen müssen, hat der Ausschuss beschlossen, die diesjährige Versammlung des Vereins früher im Jahr abzuhalten, da dann eine etwaige Störung durch die Cholera weniger zu befürchten sein dürfte. Es soll deshalb die XVIII. Versammlung in Würzburg am 25., 26., 27. und 28. Mai 1893, also in der 2. Hälfte der Pfingstwoche, stattfinden. Themata der Tagesordnung und Referenten sind dieselben geblieben, wie im vorigen Jahre.

— Dr. Haffkine, der durch seine Choleraschutzimpfungen bekannte Schüler Pasteur's, begiebt sich nach Indien, um dort seine Impfungen in grösserem Maassstabe am Menschen anzuwenden. In der jüngsten Zeit verweilte derselbe vorübergehend in England, wo er sein Verfahren in der militär-medicinischen Schule in Netley demonstrirte und eine Anzahl von Impfungen vornahm.

(Universitäts-Nachrichten.) **Greifswald**. Dem ord. Professor der Anatomie Dr. Sommer wurde der Charakter als Geheimer Medicinalrath verliehen.

Dorpat. Bei der für dieses Semester anberaumten Immatriculation an der Universität sind im Ganzen 41 Personen in die Zahl der Studirenden neu aufgenommen worden, darunter 6 Mediciner und 28 Pharmaceuten; 7 Studirende entfallen auf die übrigen Facultäten. Ein so geringer Zugang an Studenten ist in Dorpat seit Jahrzehnten nicht vorgekommen. Die Gesammtzahl der Studirenden betrug am 18. Januar d. Js. 1586 (gegen 1649 im vor. Jahr), darunter 851 Mediciner und 141 Pharmaceuten. — **Palermo**. Der ausserordentliche Professor an der Universität Modena Dr. Tansini ist zum ordentlichen Professor für klinische Chirurgie ernannt worden. — **Siena**. Der ausserordentliche Professor Dr. Raimondi ist zum ordentlichen Professor für Materia medica und experimentelle Pharmakologie ernannt worden. — **Turin**. Dr. Dionisio hat sich als Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie habilitirt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Ludw. Lochner, appr. 1887, zu Kirchlauter, Bez.-Amts Ebern; Dr. Franz Blachian, appr. 1892, als Assistenzarzt an der Kreisirrenanstalt Werneck; Dr. Max Emoan, appr. 1880, zu Gochsheim, Bez.-Amts Schweinfurt; Dr. Karl Danziger, appr. 1889, zu Bamberg; Dr. Paul Reinhold, appr. 1892, zu Trabelsdorf; Dr. R. Welzel zu Nürnberg; Dr. August Kreicke, appr. 1892, zu Wallenfels, Bez.-Amts Kronach; Dr. Franz Frisch, appr. 1893, zu Würzburg; Dr. Karl Hellermann zu Bad Kissingen; Dr. Christian Gerber, appr. 1892, zu Abteried, Bez.-Amts Gerolzhofen; Dr. Josef Mayr, appr. 1891, zu Bodenwöhr, Bez.-Amts Neunburg, (Dr. Franz Obmann hat die beabsichtigte Niederlassung in Bodenwöhr nicht ausgeführt, s. Nr. 4, S. 80).

Verzogen. Dr. Nahm von Abtswind nach Frankfurt a. M.; Dr. Justus Schmauser von Rehau, Dr. Gender von Kirchlauter, beide unbekannt wohin.

Versetzt. Die Assistenzärzte II. Cl. Dr. Kellermann vom Generalcommando II. Armeecorps zur Reserve des Sanitätscorps, Dr. Wolffhügel vom 2. Feld-Art.-Reg. zum Generalcommando II. Armeecorps, Dr. Hillenbrand vom 2. Pionier-Bat. zum 2. Feld-Art.-Reg., Dr. Port vom 9. Inf.-Reg. zum 7. Inf.-Reg.

Befördert. Den Unterarzt Dr. Friedrich v. Ammon des 7. Inf.-Reg. zum Assistenzarzt II. Cl. in diesem Truppentheil; im Beurlaubtenstande: zu Assistenzärzten II. Cl. der Reserve die Unterärzte der Reserve Theodor Lang, Dr. Alfred Haymann, Alois Schweitzer, Dr. Franz Minck, Johann Störkel und August Luxenburger (I. München), Karl Banholzer (II. München).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 6. Jahreswoche vom 5. bis 11. Februar 1893.

Betheil. Aerzte 345. — Brechdurchfall 24 (10*), Diphtherie, Croup 47 (42), Erysipelas 24 (6), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (1), Kindbettfieber 3 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 4 (5), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 3 (2), Parotitis epidemica 14 (29), Pneumonia crouposa 24 (26), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 37 (31), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 9 (5), Tussis convulsiva 9 (15), Typhus abdominalis 1 (2), Varicellen 19 (13), Variola — (—). Summa 221 (188). Medicinalrath Dr. Aub.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.